



UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE MOTRICIDADE HUMANA



Relatório de Estágio Profissionalizante em Psicomotricidade e Intervenção Precoce no Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva

RELATÓRIO DE ESTÁGIO ELABORADO COM VISTA À OBTENÇÃO DO
GRAU DE MESTRE EM REABILITAÇÃO PSICOMOTORA – RAMO DE
APRONFUNDAMENTO DE COMPETÊNCIAS PROFISSIONAIS

ORIENTADORA: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Vogais

Professora Doutora Ana Isabel Amaral Nascimento Rodrigues de Melo

Professora Doutora Ana Maria Peixoto Naia

Márcia Alexandra Ferreira Monteiro
2013

Agradecimentos

À Professora Doutora Teresa Brandão, minha orientadora académica, pelo apoio ao longo deste percurso, e pelos conhecimentos partilhados, que contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Dr.^a Joana Carvalho, minha orientadora local, agradeço o voto de confiança, o apoio, e a dedicação incontestáveis. Enumero a aprendizagem, a franqueza, a exigência, e o crescimento, pessoal e profissional, que me proporcionou. Um especial e um sincero obrigada!

Ao Rafael, companheiro de estágio, profissional dedicado, e um surpreendente amigo! Foi um prazer partilhar esta experiência contigo.

A toda a equipa do Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva.

Aos amigos e companheiros, que de mais perto ou mais longe, acompanharam esta jornada, entre muitas outras, com um apoio incansável. Obrigada pela paciência, e particularmente, pela sabedoria com que lidaram com o meu afamado “bom humor”!!

Aos meus Pais, pela eterna presença e força, ainda que à distância incontornável dos últimos anos. Pela oportunidade que me proporcionaram, mas, sobretudo, por representarem um exemplo único de coragem e força. Obrigada por me ensinarem a ver que todos os problemas, por maior grandeza que assumam, encontrarão sempre uma melhor forma de coexistirem. Obrigada por me permitirem fazer tal transferência para o meu dia-a-dia, e, especialmente, para a minha prática como profissional.

Por fim, como não poderia deixar de ser, deixo um agradecimento em especial a todas as crianças com quem tive o privilégio de me cruzar. Que os nossos belos momentos, experiências e sorrisos, que espontaneamente partilhamos, sejam sempre recordados.

Nota: Este relatório está escrito ao abrigo do novo acordo ortográfico.

Resumo

Este documento relata o conjunto de trabalhos desenvolvidos, durante o estágio referente ao 2º Ciclo de estudos do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, realizado no âmbito da Intervenção Precoce e da Psicomotricidade. O Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, foi a entidade de acolhimento onde a estagiária pode desenvolver as suas competências profissionais, através do acompanhamento, avaliação e intervenção com várias crianças, na maioria com Perturbações do Desenvolvimento. A intervenção psicomotora decorreu num espaço de seis meses, em contexto individual e de grupo, em sala, ou ao ar livre. Estabeleceram-se objetivos de acordo com as dificuldades e prioridades observadas, estimulando o potencial de desenvolvimento em vários domínios. Utilizaram-se estratégias distintas, com enfoque sobre as vivências corporais, relacionais, lúdicas e afetivas. Conclui-se, pela análise do acompanhamento de três estudos de caso, que a intervenção proporcionou melhorias ao nível do perfil de desenvolvimento psicomotor e comportamental das crianças.

Palavras chaves: Desenvolvimento, Perturbações do Desenvolvimento, Intervenção Precoce, Psicomotricidade, Avaliação do Desenvolvimento, Atraso Global do Desenvolvimento, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação de Hiperatividade e Défice de atenção, Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora, Perfil Psicomotor.

Abstract

This report describes the work developed during the internship, as part of the second year of the Master in Psychomotor Therapy in Early Intervention and Psychomotricity domain. The Child Development Center – Professor Torrado da Silva, in Garcia de Orta Hospital, was the institution where the intern could develop her professional competences, through the therapeutic accompaniment, evaluation and intervention of children with developmental disorders. The psychomotor intervention lasted six months, in an individual and collective context and took place in room and in open space. The primary aim was defined according to the difficulties and priorities observed, encouraging the potential to a development in various domains. Were used different strategies, focusing the corporal, relational, entertain and affective experiences. By analyzing the monitoring of three case studies, it is possible to conclude that the program has provided improvements in psychomotor and behavioral children's profile.

Keywords: Developmental, Early Childhood Intervention, Developmental Disorders, Psychomotor Therapy, Development Assessment, Global Developmental Disorder, Autism Spectrum Disorder, Attention-Deficit and Hyperactivity Disorder, Developmental Coordination Disorders, Psychomotor Profile.

Índice Geral

CAPÍTULO I – Introdução	1
CAPÍTULO II- Enquadramento teórico	2
1- Intervenção Precoce na Infância	2
1.1- Práticas atuais	3
1.2- Enquadramento legal da Intervenção Precoce	5
2- Psicomotricidade: da definição à intervenção	6
2.1- Psicomotricidade individual e em grupo	8
3- Psicomotricidade e Intervenção Precoce	9
4- Perturbações do Desenvolvimento	9
4.1- Atraso Global do Desenvolvimento	10
4.2- Perturbação do Espectro do Autismo	11
4.3- Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção	13
4.4- Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora	15
4.5- Síntese	16
5- Psicomotricidade e Intervenção Precoce nas Perturbações do Desenvolvimento	17
6- Enquadramento Institucional	21
6.1- Centro de Desenvolvimento da Criança – Professor Torrado da Silva: caracterização institucional	21
6.2- Equipa	22
6.3- Atividades	23
6.4- Modelo de Atendimento	25
6.5- Contexto físico – Instalações	26
CAPÍTULO III- Realização da Prática Profissional	28
1- Organização do estágio	28
2- Calendarização das Atividades	28
3- Horário do Estágio	30
4- População – Alvo	30
5- Processo de Intervenção	32
5.1- Intervenção	33
5.1.1- Intervenção Individual	33
5.1.2- Intervenção em Grupo	33
6- Avaliação	34
7- Atividades Complementares	37
CAPÍTULO IV- Estudos de Caso	39
1- Exemplo de estudo de caso I – R.D.	39
1.1- Dados clínicos e desenvolvimentais	39
1.2- Percurso socioeducativo e Terapêutico	39
1.3- Avaliação Inicial	40
1.4- Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico	41
1.5- Intervenção Psicomotora	43
1.6- Avaliação Final	44
1.7- Conclusões	45
2- Exemplo de estudo de caso II- J.C.	47
2.1- Dados clínicos e desenvolvimentais	47
2.2- Percurso socioeducativo e Terapêutico	48
2.3- Avaliação Inicial	48
2.4- Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico	49
2.5- Intervenção Psicomotora	50
2.6- Avaliação Final	51

2.7- Conclusões	52
3- Estudo de Caso III – Grupo pré-escolar	54
3.1- Caracterização do grupo	54
3.2- Caracterização do Processo de Intervenção	55
3.3- Calendarização terapia psicomotora	56
3.4- Resultados	58
3.5- Conclusões	63
CAPÍTULO V Dificuldades e limitações	65
CAPÍTULO VI Conclusão	67
CAPÍTULO VII Referências Bibliográficas	69

Índice de Abreviaturas

AAIDD-	American Association on Intellectual and Developmental Disabilities
ABC-	Movement Assessment Battery For Children
ADPM-	Atraso global do desenvolvimento psicomotor
APA –	American Psychiatric Association
AVD's-	Atividades de vida diária
APP-	Associação Portuguesa de Psicomotricidade
ASA-	American Society for Autism
BPM-	Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca
CDC-	Centro de Desenvolvimento da Criança- Professor Torrado da Silva
DID-	Dificuldades intelectuais e desenvolvimentais
DSM-IV-TR -	Diagnostic and Statistical Manual - Fourth Edition - Text Revision
EADSNE-	European Agency for Development in Special Needs Education
EEG-	Eletroencefalografia
EURLYaid-	European Working Partner or Early Intervention
HGO-	Hospital Garcia da Orta
IP-	Intervenção Precoce
MSD-	Modelo de sistemas em desenvolvimento
PCM-	Perturbação do desenvolvimento da coordenação Motora
PDMS-	2- Peabody Developmental Motor Scales
PEA-	Perturbação do espectro do autismo
PHDA-	Perturbação de hiperatividade e défice de atenção
PIIP-	Plano de intervenção individual
RACP –	Ramo de aprofundamento de competências profissionais
SNC-	Sistema nervoso central
SNIP-	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
SPMH-	Sistema psicomotor humano
TPMBO-2 –	Teste de Proficiência Motora de Bruninks-Oseretsky 2

Índice de Figuras

Figura 1-	A developmental Systems Model	5
Figura 2-	Fotos da sala Terapêutica	27
Figura 3-	Atividades do Grupo pré escolar	62

Índice de Gráficos

Gráfico 1-	Componentes do programa de Intervenção Precoce	4
Gráfico 2-	Modelo de atendimento CDC	26
Gráfico 3-	Crianças acompanhadas em Psicomotricidade	31
Gráfico 4-	Diagnósticos	31
Gráfico 5-	Processo de Intervenção em Psicomotricidade	32
Gráfico 6-	Estrutura da PMDS-2	36
Gráfico 7-	Domínio das atividades desenvolvidas do R.D.	43
Gráfico 8-	Cotação da BPM do R.D.	45
Gráfico 9-	Cotação TPMBO-2 do R.D.	46
Gráfico 10-	Domínio das atividades desenvolvidas do J.C.	50
Gráfico 11-	Cotação da BPM J.C	52
Gráfico 12-	Cotação TPMBO-2 J.C.	53
Gráfico 13-	Domínio das atividades desenvolvidas do Grupo pré escolar	57

Índice de Tabelas

Tabela 1- Horário RACP	29
Tabela 2- Cronograma RACP	30
Tabela 3- Cotação da BPM	35
Tabela 4- Estrutura da TPMBO II	35
Tabela 5- Plano pedagógico terapêutico R.D.	42
Tabela 6- Plano pedagógico terapêutico J.C.	49
Tabela 7- Caracterização Grupo pré escolar	54
Tabela 8- Calendarização da terapia psicomotora do Grupo pré escolar	55
Tabela 9- Plano pedagógico terapêutico Grupo pré escolar	56
Tabela 10- Cotação Movement Assessment Battery For Children	58
Tabela 11- Cotação Escala de observação	60

Índice de Anexos

Anexo I- Lista dos materiais da sala de Psicomotricidade	ii
Anexo II- Planta CDC	iv
Anexo III- Quadro das crianças acompanhadas	vi
Anexo IV- Folha de registo da BPM	x
Anexo V- Folha de cotação da TPMBO-2	xviii
Anexo VI- Folha de cotação da ABC	xxii
Anexo VII- Escala de observação dos comportamentos sociais	xxviii
Anexo VIII- Questionário I	xxx
Anexo IX- Inventário de comportamento da criança para Pais	xxxiii
Anexo X- Exemplo de relatório de Avaliação	xlii
Anexo XI- Exemplo de relatório de Intervenção	xlvi
Anexo XII- Exemplo de relatório de observação	xliii
Anexo XIII- Sessões do R.D.	li
Anexo XIV- Caderno de Atividades para Pais	lv
Anexo XV- Sessões do J.C.	lix
Anexo XVI- Ficha de apoio para pais	lxii
Anexo XVII- Sessões do Grupo	lxv
Anexo XVIII- Consentimento livre e informado para gravação de imagens	lxviii
Anexo XIX- Folheto informativo PEA	lxx
Anexo XX- Cronograma das atividades 2012/2013 do CDC	lxxiii

CAPÍTULO I | Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito das atividades previstas para o ano letivo 2012/2013 do Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana, da Universidade Técnica de Lisboa.

O estágio descrito decorreu na área da Psicomotricidade e Intervenção Precoce, tendo lugar no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) - Professor Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta (HGO). Deste modo, pretende-se dar a conhecer parte das atividades e competências desenvolvidas durante os vários meses de trabalho.

Os objetivos desta etapa são estipulados previamente pela faculdade, focalizando, sobretudo, o aprofundamento e o amadurecimento de uma série de competências, nomeadamente: o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às Pessoas com situações de Deficiência, Perturbações e Desordens/Distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, que promovam a evolução do enquadramento profissional e científico da área.

A um nível mais específico, é-nos colocado como desafio a aprendizagem e o treino especificamente direcionado para o exercício da profissão, através do ganho de competências em três domínios principais: Intervenção pedagógico-terapêutica, relação com outros profissionais, e relação com a comunidade. Na vertente de intervenção pedagógico-terapêutica, pretende-se desenvolver competências ao nível: da avaliação do desenvolvimento psicomotor e estabelecimento do perfil intraindividual; da conceção, aplicação e avaliação de programas no âmbito da Reabilitação Psicomotora; da identificação de fatores contextuais, facilitadores ou inibidores do desenvolvimento psicomotor e elaboração das respetivas medidas preventivas. Ao nível da relação estabelecida com os outros profissionais, pretende-se: a participação na avaliação do desenvolvimento, do potencial de adaptação e de aprendizagem em equipa multidisciplinar; e a participação na conceção e desenvolvimento de planos e programas multidisciplinares de reabilitação. No domínio referente à relação que o estagiário deverá estabelecer com a comunidade, objetiva-se, a sua integração no exterior através do desenvolvimento de projetos nas instituições ou na comunidade, que privilegiem a interação entre os diferentes intervenientes (indivíduo, família, técnicos e comunidade).

Enquanto estudantes e profissionais, é pressuposto que assumamos estes objetivos e os adaptemos à realidade individual e ao local de estágio elegido para a continuidade da formação académica. Assim, e considerando as normas que regulamentam o presente ano do RACP, este documento estrutura-se ao longo de 4 partes principais: (1) enquadramento da prática profissional, onde são revistos os conceitos e fundamentos de Intervenção Precoce (IP) e da Psicomotricidade, a contextualização e caracterização teórica de quatro Perturbações do Desenvolvimento (selecionadas tendo em conta o diagnóstico diferencial das crianças atendidas em Psicomotricidade no CDC) e a apresentação sucinta do local de estágio; (2) numa segunda parte, é exposta a organização da realização da prática profissional, descrevendo de forma sucinta os principais pontos de interesse do trabalho desenvolvido (calendarização, as atividades desenvolvidas, descrição da população atendida, dos instrumentos de avaliação utilizados e dos resultados do processo de intervenção); (3) no terceiro capítulo, serão apresentados três estudos de caso, seguindo-se, em última instância, (4) as principais conclusões e perspetivas de futuro.

CAPÍTULO II | Enquadramento Teórico

Pretende-se que o ano de estágio seja uma continuidade do trabalho desenvolvido no primeiro ano de mestrado, bem como, nos restantes anos de formação académica. Os novos desafios suscitam-nos assim que sejamos capazes de realizar a transferência entre a componente teórica e a prática, de forma refletiva e crítica.

Atendendo a este compromisso, neste capítulo, seguir-se-á uma descrição de conceitos e abordagens sobre as principais temáticas de interesse à intervenção realizada no CDC, com base em bibliografia com carácter científico, mas sempre sobre um olhar atento e próximo do trabalho realizado no local de estágio. Os princípios da Intervenção Psicomotora e da Intervenção Precoce são, deste modo, revistos considerando a população infantil como o principal alvo de atuação.

Espera-se, após este primeiro capítulo, uma melhor orientação na leitura e compreensão deste relatório, perante as dinâmicas realizadas e a população apoiada.

1- Intervenção Precoce na Infância

A importância das práticas de intervenção numa idade precoce é hoje um pressuposto raramente questionado quando consideramos a otimização do desenvolvimento infantil. O reconhecimento da importância das primeiras experiências encontra-se subjacente à conceção do desenvolvimento humano como um processo sequencial, contínuo e dinâmico, que considera tanto a influência das características inatas e biológicas, como a interação destas com inúmeras variáveis ambientais (Guralnick, 1998; Sameroff, 2010). Com base nestes pressupostos, atualmente, as várias pesquisas no campo médico, educacional e social, defendem, consensualmente, que os primeiros anos de vida constituem uma fase crítica à formação das habilidades motoras, cognitivas, socio-emocionais e comunicativas (Dunst, 2000; Shonkoff & Phillips, 2000 e National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC], 2007).

Em 1998, Guralnick, mostrava já a clara influência e eficácia de programas de intervenção nas idades mais precoces, a curto, e a longo prazo, no desenvolvimento cognitivo. Shonkoff e Phillips (2000), atentam, por sua vez, para a importância das interações precoces entre a mãe e o bebé, na regulação e desenvolvimento das habilidades relacionais e emocionais. Finalmente, Beckett, et al., em 2006, demonstram-nos, através de um estudo comparativo entre 131 crianças Romenas institucionalizadas e 50 crianças já adotadas e a residir no Reino Unido, o forte impacto que a privação ambiental e social pode ter no desenvolvimento infantil. Os autores verificaram que 12% das crianças adotadas após os 6 meses de idade, aos 11 anos revelavam maiores dificuldades desenvolvimentais, problemas comportamentais, um menor nível nas aquisições das habilidades cognitivas, tal como, um potencial de desenvolvimento e de recuperação inferior. As mesmas conclusões são corroboradas pelo *National Scientific Council on the Developing Child*, em 2012, que atentam para os prejuízos graves a nível fisiológico, na aprendizagem ao longo da vida, no comportamento e na saúde, decorrentes da negligência e privação nos primeiros anos de vida.

Assente sobre estas evidências de ordem neurobiológica, nomeadamente, a maior vulnerabilidade neurológica do bebé, mas também a maior capacidade de plasticidade do sistema nervoso central (SNC), perante as experiências ambientais precoces, a Intervenção Precoce defende que é possível criar condições para adquirir e desenvolver novas competências nos primeiros anos de vida. Procura, deste modo, intervir atempadamente ao nível do desenvolvimento, junto de crianças que possam estar

em risco de ter o seu percurso de desenvolvimento comprometido (Guralnick, 2005; NSCDC, 2007 e Michael, 2009).

1.1- Práticas Atuais

Os primeiros programas de IP surgiram nos Estados Unidos, assumindo um carácter compensatório perante crianças em desvantagem social. Atuavam unicamente em comunidades selecionadas, estabelecendo como intuito a prevenção do insucesso escolar (Guralnick, 2005).

Atualmente, após inúmeras evoluções e influências teóricas, a IP é entendida como um sistema de apoio dirigida a crianças até à idade escolar e às suas famílias. Para além do estabelecimento de uma rede neuronal promotora de um desenvolvimento o mais adequado possível, a IP, ambiciona, sobretudo, a otimização do funcionamento e recursos da **família**. Deste modo, mediante a centralização de serviços, visa promover a sua autonomia na promoção do desenvolvimento da criança (Dunst, 2000).

Ainda segundo o *Diário da República*, 1.^a série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009, a *Intervenção Precoce*, diz respeito a:

“um conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na criança e na família, mediante ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social”, e considera como seus destinatários as “crianças até aos 6 anos de idade, especialmente dos 0 aos 3 anos, que apresentem deficiência ou risco de atraso grave de desenvolvimento”.

O conceito de IP proposto pelo 1º Despacho Conjunto nº 891, em 19 de Outubro de 1999, tem sido bastante modificado ao longo dos últimos anos, abrangendo práticas muito diversas. Porém, o principal objetivo da Intervenção Precoce tem continuado centrado na prestação de apoios biopsicossociais preventivos e habilitativos a crianças que apresentem atrasos do desenvolvimento, ou que estejam em risco de os desenvolver (Guralnick, 1998, 2005).

Presentemente, podemos considerar a prática da IP como um conceito abrangente, que inclui uma grande diversidade de programas, dirigidos a populações distintas e com características diversas. Implica então saber como por em prática a IP, tendo em conta a complexidade do desenvolvimento humano, e ainda como organizar os recursos e serviços da forma mais adequada e rentável (Tegethof, 2007).

Meisels e Shonkoff (2000), consideram como principais objetivos da prática de IP: a promoção da saúde e do bem estar; o favorecer das competências mais emergentes; o minimizar de atrasos de desenvolvimento; remediar incapacidades existentes ou emergentes; prevenir a sua deterioração funcional; e, por fim, promover a função parental adaptativa e o funcionamento do conjunto da família.

McWilliam (2013), propõe que, enquanto mediadores, nos foquemos em três questões essenciais do funcionamento: *engagement* (que tem sido traduzido para o português como participação), independência e relações sociais. Considera o constructo de *engagement* como um índice do interesse pela criança, que nos dá informação sobre o tempo que a mesma dedica a interagir com adultos, pares e/ou objetos, em diferentes níveis de competência. Defende, deste modo, que as maiores forças que um programa de IP pode ter, são os interesses e os sucessos da criança.

Por sua vez, a equipa de trabalho da *European Agency for Development in Special Needs Education* (EADSNE) (2005), propõe uma abordagem que se deixe de concentrar apenas na criança e passe a considerar o seu contexto e ambiente. Foca a família como um dos elos mais importante para o sucesso da intervenção sobre a criança e, refere que as intervenções devem ser realizadas com base em equipas multidimensionais (Tegethof, 2007).

Numa intervenção centrada na família as decisões desta devem ser apoiadas e respeitadas, com objetivo de melhorar o seu funcionamento, autonomia e bem estar (Dunst, 2000). Os objetivos do plano de intervenção devem ser definidos de acordo com os seus interesses, recursos e prioridades, envolvendo a família nos vários processos de planeamento, avaliação e intervenção. As competências da família são valorizadas e promovidas através do desenvolvimento de redes de apoio e pela coordenação eficaz dos serviços (Dunst, 2000; Tegethof, 2007).

Complementarmente, Guralnick, (2001, 2005 e 2011), tem ganho também destaque para a compreensão da complexidade e diversidade dos elementos e processos que têm vindo a envolver os programas de IP, através da conceção de um modelo de intervenção de carácter multidimensional – **Developmental Systems Model** (em português Modelo de sistemas em desenvolvimento [MSD]). O MSD, é, hoje em dia, o que melhor representa os fundamentos e práticas que norteiam a IP. O mesmo autor acima citado, pretendeu reunir de forma consistente e coerente uma “estrutura tipo” que representa a interação dos fatores determinantes (da criança, da família e do programa de intervenção), bem como das medidas dos resultados.

Segundo este modelo, destacam-se então 3 princípios básicos à intervenção:

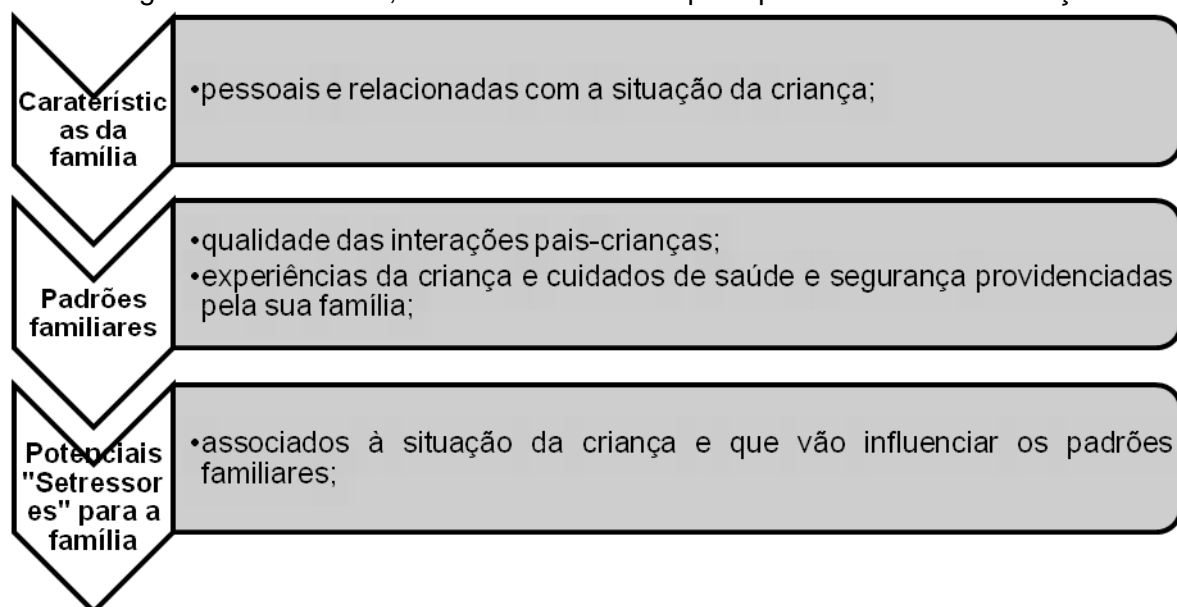


Gráfico 1 - Componentes do modelo de Intervenção Precoce (Guralnick 1998, 2005)

Guralnick 2005, concretiza o modelo num conjunto de etapas que considera essenciais para um funcionamento adequado da IP, de acordo com uma perspetiva sistémica: (1) o despiste e a sinalização das situações de risco; (2) a monitorização e vigilância das crianças em risco que não forem sinalizadas; (3) o acesso aos serviços de IP; (4) a avaliação interdisciplinar abrangente; (5) a determinação da elegibilidade para a IP; (6) a avaliação dos fatores de *stress* das famílias; (7) o planeamento, desenvolvimento e implementação do programa de IP; (8) a monitorização e avaliação dos resultados; e o planeamento da transição.

A compreensão destas inter-relações permitirá esclarecer e decidir quais os tipos de intervenção a desenvolver, com quem, em que circunstâncias e objetivando que resultados (Guralnick, 2001, 2005 e Gronita, Matos, Pimentel, Bernardo & Marques, 2011).

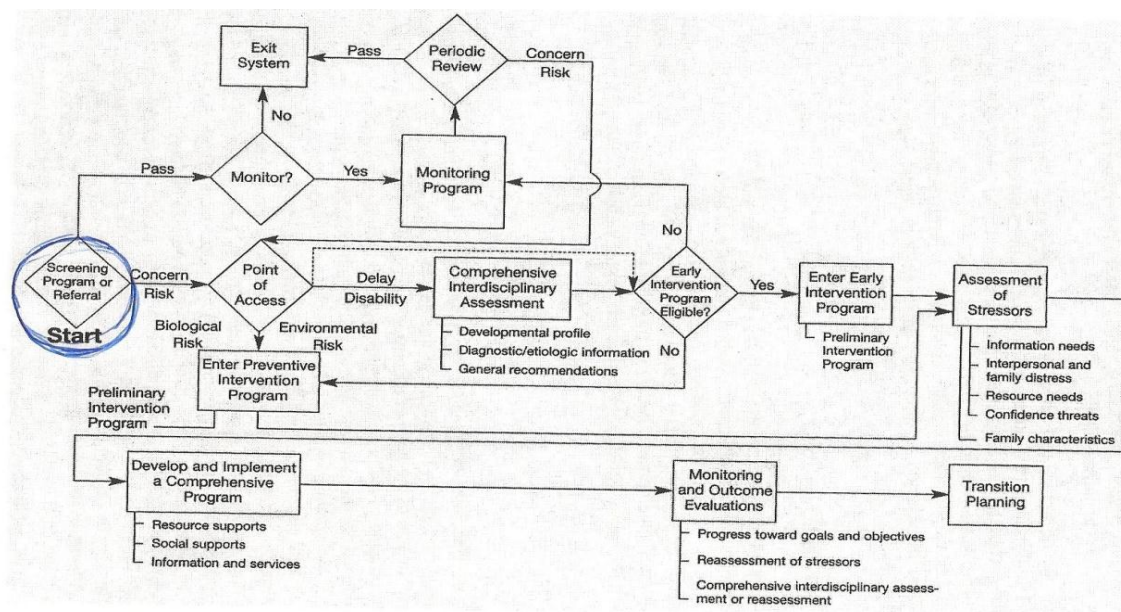


Figura 1 - A Developmental Systems Model (From Guralnick, 2001)

Particularmente, considerando o contexto específico deste estágio, no CDC todos os profissionais contribuem para o processo de entrada deste sistema. Atuam assim diretamente numa primeira fase de despiste e sinalização, reencaminhando posteriormente as crianças para as equipas de IP de Almada, Sesimbra e Seixal, como será abordado mais à frente.

Sumariamente, a eficácia da IP, quer a curto como a longo prazo, é hoje em dia inegável na prevenção de efeitos nefastos para crianças com necessidades especiais (Guralnick, 1998). É esperado que atue na adequação dos comportamentos parentais, promova a participação e inclusão das crianças e famílias nos ambientes naturais de aprendizagem e colabore na integração e coordenação de serviços e recursos comunitários, minimizando possíveis fatores de stress (Dunst, 2000).

1.2- Enquadramento legal da Intervenção Precoce

Em Portugal, a primeira ação política formal, surge em 1999, com o Despacho Conjunto nº 891/99, definindo um conjunto de regras norteadoras das práticas de IP no país. Influenciado pelas investigações internacionais, pela lei Americana e linhas orientadoras da *European Working Partner on Early Intervention* (EURLY AID), a sua preconização permitiu caminhar positivamente no sentido de estabelecer um modelo de conceptualização e operacionalização comum, subjacente a uma reorganização das práticas vigentes (Bairrão, 2007; Brandão, 2007).

Mais recentemente, surge a aprovação do novo Decreto-Lei n.º 281/09, na sequência dos princípios estabelecidos pela Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009. O novo decreto, estabelece como objetivo a criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) (Ministério da Saúde, 2009). O SNIPI consiste num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, que funciona através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, com envolvimento das famílias e da comunidade. Tem a missão de garantir a IP na infância, através da promoção de condições de desenvolvimento a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade, com alterações nas funções ou estruturas do corpo (que tenham a sua participação

limitada nas atividades típicas para a respetiva idade e contexto social), ou em risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como, as suas famílias.

Estes documentos estabelecem assim uma linha de base relativa à natureza de serviços de IP em Portugal e os seus fundamentos teóricos, determinando qual a população alvo dos mesmos, bem como, quais os princípios básicos de atuação a instituir. Em linhas gerais, destaca-se nesse domínio, uma intervenção de cariz sistemático e ecológico, que deve premiar como determinantes: o envolvimento familiar; o trabalho e multidisciplinaridade das equipas; a elaboração de planos de intervenção familiar individualizados - PIIP's; bem como a canalização e ativação de recursos locais humanos e materiais (Brandão, 2007; Pinto & Grande, 2007 e Serrano, 2007).

Como objeto da prática de IP é referida a criança e família, enquanto unidade, respeitando o seu envolvimento comunitário em organização integrada e de partilha de responsabilidade, entre entidades institucionais e familiares. Em termos estruturais e de funcionamento, de acordo com o promulgado, a mediação em IP deve promover uma articulação de serviços representativos dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, desenvolvida por profissionais qualificados, em parceria com as respetivas unidades familiares (Santos, 2007 e Decreto-Lei n.º 281/09).

Relativamente aos critérios elegibilidade, na generalidade, e segundo Shonkoff e Phillips (2000), podemos encontrar uma característica comum: o facto de se definirem como uma situação preocupante, a nível desenvolvimental ou comportamental, que poderá ser reduzida ou atenuada pela ação da IP. Nesta sequência, definiram-se três categorias de risco, que determinam a inclusão das crianças nos serviços de Intervenção Precoce: risco estabelecido, risco biológico e risco envolvental/ambiental (Decreto-Lei n.º 281/09).

2. Psicomotricidade: da definição à Intervenção

Baseada numa visão holística do ser humano, e segundo Fonseca (2010), a Psicomotricidade “como ciência, é entendida como o campo transdisciplinar que estuda e investiga as relações e influências recíprocas e sistémicas entre o psiquismo e o corpo, emergentes da personalidade total (...) que caracteriza o ser humano nas suas múltiplas e complexas manifestações biopsicossociais, afetivo-emocionais e psicocognitivas” (p.42).

De acordo com a Associação Portuguesa de Psicomotricidade (APP) (2012), a intervenção psicomotora destina-se a uma população alvo diversificada, abrangendo todas as faixas etárias. As metodologias utilizadas são várias e distintas: técnicas de relaxação e de consciência corporal; terapias expressivas (e.g.: dança, música e a expressão plástica), atividades lúdicas, atividades de recreação terapêutica, atividade motora adaptada e atividades de consciencialização motora. As diferentes dinâmicas são mediatizadas através do corpo, do espaço físico, pela ação e pelo gesto, vivenciadas nos jogos, nos diferentes ritmos e pelos vários objetos disponíveis. Reunindo estes “instrumentos de trabalho”, as práticas em Psicomotricidade podem ocorrer em sessões individuais ou de grupo (Aragón, 2007; Yernaux, 2007 e Fonseca, 2010).

A Psicomotricidade é considerada, portanto, como uma prática unificadora, que valoriza o diálogo tónico como instrumento de relação com o meio, promovendo a capacidade de ser e agir num contexto. Assume como objetivos gerais, a colocação do corpo no núcleo do comportamento e evolução humana (Fonseca, 2010), assim como, o estudo das relações entre o potencial motor, as funções afetivas, relacionais e o potencial cognitivo (Fonseca, 2008).

Em termos específicos pretende: (1) mobilizar e reorganizar as funções psíquicas, emocionais e relacionais do indivíduo, (2) aperfeiçoar a conduta motora consciente e a atividade mental, (3) elevar as sensações e perceções na tomada de consciência, (4)

facilitar o processo de simbolização e concetualização, (5) promover o desenvolvimento global da personalidade, (6) a capacidade de adaptação social e a estruturação do processamento da informação e, por fim, (7) otimizar e promover a harmonia entre a dimensão motora e psíquica (Fonseca, 2001 e APP, 2009).

Deste modo, tendo em conta o Sistema Psicomotor Humano (SPMH) a Psicomotricidade pode ser entendida como um sistema total, composto por um conjunto de subsistemas (fatores psicomotores) que se interrelacionam com os vários ecossistemas. Para além de integrar os sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralidade, noção do corpo, estruturação espacial e temporal e praxias), organiza-se também com base nas 3 unidades funcionais propostas por Lúria (1973, cit. por Fonseca 2001), (de onde decorrem processos como a percepção, memória, linguagem ou aprendizagem da leitura e escrita), e onde cada unidade apresenta uma relação específica com certas estruturas (Fonseca, 2001).

O Terapeuta surge assim na intervenção como um mediador, não só com a capacidade para implementar metodologias, mas contribuindo para a tomada de consciência da realidade pessoal do indivíduo, possibilitando a este assumir o seu próprio crescimento psíquico (Fonseca, 2008). Como tal, o papel do Psicomotricista passa pela atuação num campo interventivo de índole preventivo, (re)educativo ou terapêutico, integrando os sistemas da saúde, segurança social ou bem-estar (Fonseca, 2008, 2010). Através da mediação corporal e expressiva, deve estabelecer como intuito o estudo e compensação da expressão motora inadequada ou inadaptada, geralmente ligada a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito psicoafectivo (Martins, 2001; APP, 2009, 2012 e Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, 2012).

Nesta sequência, em termos práticos, a intervenção em Psicomotricidade, pressupõe antes de mais, e em qualquer contexto, uma avaliação inicial, com a definição das áreas a otimizar, e com base nas principais dificuldades observadas. Posteriormente, é formulado um perfil psicomotor individual, sobre o qual se delinea um plano interventivo individual. No PII devem constar objetivos que ambicionem a promoção e melhoria da organização neuropsicomotora no maior número de contextos e situações possíveis (Fonseca, 2001).

Para alcançar com êxito os objetivos propostos, o Psicomotricista deve ponderar uma intervenção com base em estratégias que premeiam a intencionalidade, a reciprocidade, a significação contextual, a transcendência, a novidade, a complexidade, ou ainda o sentimento de segurança, conforto, competência e satisfação (Fonseca, 2001).

A intervenção pode ocorrer em espaço lúdico e relacional, promovendo o desenvolvimento dos processos simbólicos do indivíduo. São assim privilegiadas as atividades que fomentem um espaço prazeroso, de exploração, investimento e representação, veiculado através de uma componente afetiva-emocional (relacional) ou instrumental. Deste modo, por meio de atividades, ambiciona-se que as crianças (considerando o contexto e relato deste estágio em particular), além de se divertirem, criem, interpretem e se relacionem com os objetos, com os outros, e com o mundo em que vivem. Facilitando, consequentemente, a estruturação da identidade e autonomia pessoal (Martins, 2001 e Llinares & Rodríguez, 2003).

2.1- Psicomotricidade Individual e em Grupo

Como referido anteriormente, a intervenção em Psicomotricidade pode ocorrer em sessões individuais, ou de grupo. Segundo Aragón (2007), ambas as dinâmicas apresentam vantagens e inconvenientes. Esta prerrogativa, coloca-nos a questão: como optar então entre uma dinâmica individual ou de grupo?

Llinares e Rodríguez, (2003), defendem que esta opção só deve ser formulada após a avaliação individual de cada indivíduo. Posteriormente, em função das suas características únicas, e das dificuldades demonstradas, delinear-se-á qual a melhor abordagem. Nesta escolha, será importante ainda ter em consideração e a consciência plena dos dois tipos de práticas, pelo que de segue uma apresentação sucinta das suas principais características.

Em primeiro lugar, um plano de intervenção que permeie a intervenção individual pressupõe que o mediador, neste caso, o Psicomotricista, objetive dar um maior ênfase à relação com o adulto, tomando este pressuposto como fator fundamental da evolução da criança. As sessões dinamizadas individualmente permitem que o terapeuta tenha maior disponibilidade para a pessoa, reunindo um maior número de informações, o que permitirá, conseqüentemente, um trabalho mais profundo e terapêutico. Deste modo, facilitar-se-á também uma maior monitorização e valorização dos progressos da criança, ajustando a intervenção às necessidades momentâneas. As sessões de um para um, possibilitam ainda, um melhor respeito pelos ritmos individuais de aprendizagem e uma maior participação da criança. Por outro lado, em contexto individual, existe um risco maior, por parte do Psicomotricista, de sobreproteger demasiado a criança, não deixando que esta seja autónoma (Llinares & Rodríguez, 2003).

A intervenção em Psicomotricidade fará mais sentido para algumas crianças quando vivenciada em contexto grupal. As experiências poderão ser mais estimulantes e enriquecedoras, na medida em privilegiam a interação social e uma maior espontaneidade do indivíduo. As crianças têm oportunidade de se relacionar ativamente, umas com as outras, enquanto os terapeutas assumem o papel de mediadores. O grupo servirá como um espaço “de ensaio” para experimentar diferentes competências necessárias nas relações com os outros, além de possibilitar trabalhar todas as questões e os objetivos que são desenvolvidos na intervenção individual (Aragón, 2007).

Em contrapartida, o grupo, devido à complexidade e riqueza de situações que se gera, exige uma maior disponibilidade por parte do terapeuta, e, uma elevada capacidade de adaptação. Além disso, existe também uma menor oportunidade de observação dos elementos constituintes do grupo, e a probabilidade acrescida de problemas de indisciplina. Para a criança particularmente, poderá encontrar maiores dificuldades em se adaptar ao ritmo de trabalho do grupo, sobretudo, se tiver dificuldades nas relações sociais. Por fim, a intervenção em grupo, implica a disponibilidade de um espaço maior, fator que limita, muitas vezes, as atuações dos profissionais (Aragón, 2007).

De um modo geral, as sessões individuais são menos dinâmicas e mais monótonas do que as sessões de grupo. Porém, devemos ter em atenção que cada caso é um caso, e cada criança tem particularidades distintas, que devem ser consideradas na escolha da tipologia de intervenção. Segundo Aragón (2007), sempre que possível o psicomotricista deverá optar por um trabalho em grupo pela riqueza da experiência. Porém, com crianças com maiores dificuldades, deve-se em primeiro lugar, optar pela intervenção individual, e só numa fase posterior, se possível, beneficiar da intervenção em grupo, ou intercalar entre as duas dinâmicas.

3- Psicomotricidade e Intervenção Precoce

Desde a criação do SNIPI, que se pressupõe uma Intervenção Precoce mediada por equipas multidisciplinares e transdisciplinares, com corresponsabilidade na tomada de decisões, na partilha de informações e na avaliação dos resultados, onde cada técnico integra conhecimentos e estratégias que vão para além da sua formação de base (Franco, Melo, & Apolónio, 2012). Inclusive, para efeitos do Decreto-Lei n.º 281/2009, a constituição das equipas deve atender a uma diversidade de técnicos com formações distintas, mas específicas na área do desenvolvimento da criança. Neste seguimento, e partindo do princípio que os Técnicos Superiores de Reabilitação Psicomotora são profissionais habilitados, com formação específica na área da saúde e educação, estes poderão constituir uma mais-valia e desenvolver um trabalho enriquecedor dentro das equipas de IP (Brandão, 2007), tal como corrobora Gras (2004).

Ainda de acordo com a APP (2012), o Psicomotricista é um profissional com competência para definir e avaliar o desenvolvimento psicomotor, com domínio sobre técnicas de habilitação e reabilitação psicomotora, prescrever, planear e implementar programas de intervenção, bem como propor adaptações envolvimentoais favoráveis (Fonseca, 2001).

Tomando estes pressupostos de base, Gras (2004), defende também que a Psicomotricidade, desde as suas dimensões mais motoras, às mais relacionais, oferece um paradigma de intervenção específica e uma proposta de modulação que afeta muitas outras áreas da prática profissional em IP.

O Psicomotricista pode então surgir na equipa de IP intervindo nas bases da estimulação motora e psicomotora, educando o movimento, ao mesmo tempo que coloca em jogo as funções cognitivas. Porém, a terapia psicomotora não tem necessariamente que produzir modificações sobre o corpo, este surge sim como sujeito e objeto da terapia, preparando a criança, as suas competências, na dinâmica da relação pedagógico terapêutica, para um uso pleno das suas capacidades. O seu objeto de estudo vai, deste modo, muito além do corpo e do movimento, procurando entender o ato psicomotor como expressão e manifestação da criança, enquanto agente ativo, capaz de atuar, de se mover pelo espaço, produzir gestos e comunicar independentemente (Gras, 2004 e Carvalho, 2005).

Como foi também revisto na primeira parte do enquadramento teórico, a intervenção psicomotora pode ter conjuntamente um papel importante na construção da identidade e na autonomia da criança. O conhecimento pormenorizado da atividade da criança, de como interage com o espaço, os objetos, com o outro e consigo mesma, deve ser o ponto de partida de qualquer IP, revelando dados sobre os processos que ela utiliza na construção da sua identidade e no desenvolvimento da sua atividade autónoma (Gras, 2004 e Carvalho, 2005).

O dialeto estabelecido entre todos estes elementos, constituem o objetivo de qualquer intervenção em IP, promovendo a pessoa em toda a sua totalidade, e a adaptação positiva e harmoniosa ao seu envolvimento. Assim, estabelecendo como objetivo comum o favorecer do máximo de oportunidades à criança (Gras, 2004), podemos encontrar um ajustamento perfeitamente plausível da associação entre estas duas disciplinas.

4- Perturbações do Desenvolvimento

Como já foi abordado neste trabalho, o desenvolvimento humano ocorre segundo um processo de sequências dinâmicas e que se esperam contínuas. A literatura enfatiza a importância do primeiro ano de vida (extrauterino), sublinhando a sua importância para

a maturação do SNC, a capacidade de plasticidade e o período de vulnerabilidade acrescidos (Guralnick, 2012). Sabemos também que o desenvolvimento depende do estabelecimento de inter-relações entre os fatores genéticos e ambientais (Sameroff, 2010), e que, as várias investigações atentam, sobretudo, para a necessidade de monitorizar estes processos, através das consultas de saúde infantil, objetivando uma deteção atempada de alguma perturbação (Matos, 2009).

Para o diagnóstico de uma perturbação do desenvolvimento, devem ser consideradas a condição biológica, desenvolvimental, emocional, comportamental e social do indivíduo (Matos, 2009). Segundo Matos (2009), as perturbações do desenvolvimento podem ser classificadas como perturbações gerais e perturbações específicas do desenvolvimento. Por perturbações gerais do desenvolvimento podemos entender um comprometimento de todos os aspetos desenvolvimentais e cognitivos, embora possam manifestar graus de gravidade diferentes, e.g.: deficiência mental (atualmente referenciada pela *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities* [AAIDD] 2012, por dificuldades intelectuais e desenvolvimentais-DID), e perturbação global do desenvolvimento (onde se incluem as perturbações do espectro do autismo [PEA]). As perturbações específicas do desenvolvimento englobam perturbações mais frequentes, e que comprometem áreas específicas do desenvolvimento, deixando as restantes áreas intactas, e.g.: perturbações específicas da linguagem, perturbação cognitiva não verbal, perturbações específicas da aprendizagem (dislexia, disgrafia e discalculia), perturbação do desenvolvimento da coordenação motora (PCM), perturbação de hiperatividade com défice de atenção (PHDA), perturbação de oposição e perturbação de conduta.

Neste trabalho, são abordadas as perturbações globais do desenvolvimento, a perturbação de hiperatividade e défice de atenção, a perturbação do desenvolvimento da coordenação e o atraso global do desenvolvimento. Esta seleção teve em conta, essencialmente, o diagnóstico diferencial das crianças atendidas em Psicomotricidade no CDC, durante a atividade de estágio. A descrição das problemáticas, baseia-se na classificação internacional das perturbações do desenvolvimento segundo a *American Psychiatric Association* (APA), estipuladas pelo seu manual, mais recente, de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR, e pelas contribuições de diferentes investigadores.

4.1- Atraso global do Desenvolvimento

Estima-se que 1/100 a 3/100 crianças, com idade inferior a cinco anos, apresentem uma condição crónica, designada por Atraso Global do Desenvolvimento (ADPM), manifestado em um ou mais domínios de desenvolvimento. Esses atrasos podem ser globais, ou podem ser em áreas específicas (Shevell, et al., 2003; Ferreira, 2004 e Walters, 2010).

Segundo Shevell, et al., (2003), o atraso global do desenvolvimento representa um subconjunto de distúrbios do desenvolvimento, com entidade heterogénea, quer em termos etiológicos, quer a nível da sua manifestação. Ferreira (2004), define o ADPM como um défice significativo, em vários domínios do desenvolvimento, como por exemplo, na motricidade fina e/ou grossa, na linguagem, cognição, nas competências pessoais, sociais e nas atividades de vida diária (AVD's). Esses défices são, normalmente, evidentes na adaptação e na aprendizagem das habilidades típicas das crianças com a mesma idade cronológica (McDonald, Rennie, Tolmie, Galloway, & McWilliam, 2006; Walters, 2010).

Entende-se assim como atraso significativo, o que se situa dois desvios padrão abaixo da média das crianças da mesma idade (em crianças mais velhas QI igual ou inferior a 70, nos testes de avaliação formal da inteligência do tipo Wechsler). De acordo

com vários autores, o termo ADPM, deve ser usado apenas até a idade escolar, sendo que crianças mais velhas, são, muitas vezes, diagnosticadas com um comprometimento cognitivo (Ferreira, 2004; Silva & Albuquerque, 2011).

Atualmente, o ADPM, ainda não vem incluído no manual da APA, nem em nenhum sistema de classificação e de diagnóstico internacional. Por este mesmo motivo, as definições encontradas são pouco aprofundadas, e tendem a não enunciar as características expressas (Silva & Albuquerque, 2011).

Porém, Shevell (2003), defende que as crianças com ADPM, não têm necessariamente de apresentar um défice cognitivo, podendo manifestar atraso no desenvolvimento psicomotor devido a outras condições associadas, e.g.: paralisia cerebral, distúrbios neuromusculares e privação ambiental precoce. McConnell (1998, cit. por Silva & Albuquerque, 2011), atenta, inclusive, que apesar da aquisição das etapas de desenvolvimento ocorrerem numa ordem e, geralmente, numa idade, previsível, cada criança atinge os diferentes estágios em momentos distintos e de forma singular. Deste modo, nem sempre uma maior demora em alcançar essas “metas”, significa uma mudança qualitativa, ou um desvio do funcionamento normal (Ferreira, 2004; Silva & Albuquerque, 2011).

Não existe uma causa específica associada à ocorrência do ADPM, sendo que os atrasos são vistos como um sintoma de alguma disfunção nas áreas superiores. Neste seguimento, a sua identificação precoce, e a distinção entre uma lesão estática ou progressiva, é muito importante (Ferreira, 2004; Walters, 2010). Segundo Ferreira (2004), podem existir alguns sinais indicadores do atraso de desenvolvimento psicomotor e.g.: a nível da motricidade grossa- não rebola, não puxa, não fica de pé, não anda sobre uma linha; na motricidade fina - não segura, não junta as mãos, não faz construções, tem dificuldades de preensão; no âmbito da linguagem: não fala, não diz palavras, não constrói frases, não compreende, não fala de um modo legível; Cognição- não procura, não se interessa por jogos, não categoriza semelhanças, não sabe o nome próprio ou apelido, não sabe contar, não sabe as cores ou qualquer letra; e, por fim, a nível Psicossocial: não ri, não estranha, não se consola nem aceita mimos, agride sem provocação, não brinca com outras crianças.

O reconhecimento é assim o primeiro passo a ser dado na intervenção médica. Com diagnóstico ou não, todas as crianças devem ser sinalizadas e orientadas para obterem respostas pedagógico-terapêuticas apropriadas ao seu grau e tipo de limitação. Deve existir um esforço no sentido de detetar as alterações o mais precocemente possível, sendo que o ADPM é uma condição e um dos critérios atuais para elegibilidade da criança no domínio da IP em diferentes países, incluindo Portugal. O acompanhamento e monitorização ativa deve prever as várias áreas do desenvolvimento, não só pela deteção de outras perturbações, mas também de défices mais graves globais em idades precoces (Ferreira, 2004 e Silva & Albuquerque, 2011).

4.2- Perturbação do Espectro de Autismo

Segundo a *American Society for Autism* (ASA) (2013), o autismo é visto como um comprometimento complexo do desenvolvimento, que se manifesta durante os três primeiros anos de vida, e compromete a capacidade da pessoa em comunicar, de interagir com os outros, e no uso da imaginação (APA, 2002).

De acordo com os dados recolhidos pelos Centros do Controlo e Prevenção de Doenças, em março de 2012, o autismo afetava, em média, uma em cada 88 crianças nascidas nos Estados Unidos, com maior incidência no sexo masculino (APA 2002, Leite, 2005). Em Portugal, um estudo epidemiológico realizado no ano letivo de 1999/2000, revelou que uma em cada mil crianças é autista (Oliveira, 2009). Estes números atentam

para a importância de apostar na formação dos profissionais de saúde e no conhecimento sobre o desenvolvimento precoce da criança com autismo, de forma a melhorar a capacidade de resposta e acompanhamento destas crianças.

Nos últimos anos assistiu-se já a um crescimento exponencial na investigação, que resultou num reconhecimento mundial da perturbação, tanto em termos do seu diagnóstico diferencial, como da consciencialização de ser uma condição que requer uma atuação particular de cuidados assistenciais, educacionais e terapêuticos. Depois de Kanner, em 1943, propulsor dos primeiros estudos, muitas descrições foram divulgadas. Porém, apesar de todos os esforços, nada foi acrescentado às descrições clínicas originais, não havendo ainda uma compreensão final sobre a sua natureza (Pereira, 1998 e Mello, 2005). Não há, portanto, uma única causa conhecida de autismo, e a hipótese de ser um distúrbio adquirido foi rejeitada. Mantém-se como uma síndrome comportamental resultante de um quadro orgânico (Leite, 2005 e Felício & Zanata, 2008).

Neste seguimento, atualmente, o diagnóstico é realizado por avaliação direta do comportamento, tendo por base critérios clínicos presentes nos sistemas de classificação, de forma a discriminar as características específicas de cada indivíduo. Em Portugal, como sabemos, o sistema mais consultado é o DSM-IV-TR, onde a perturbação autista diz respeito a um grupo mais amplo de perturbações designadas por perturbações globais do desenvolvimento, com início na primeira e na segunda infância (APA., 2002).

As PGD, de acordo com o mesmo sistema de classificação, são subdivididas em diferentes diagnósticos, alargados a cinco categorias que partilham de características comuns: perturbação autista, perturbação de Rett, perturbação desintegrativa da segunda infância, perturbação de asperger e PGD sem outra especificação (APA., 2002; Siegel, 2008).

Neste sentido, entendemos a perturbação autista como a forma mais frequentemente reconhecida de um grupo de perturbações designadas por Perturbações Globais do Desenvolvimento, também frequentemente relatadas por perturbações do espectro do autismo. De acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002), as PGD caracterizam-se por um défice cognitivo e global, que se manifesta através de alterações, sentidas, sobretudo, em três grupos de comportamentos (Siegal, 2008):

- ❖ Competências sociais (estas alterações são expressas pela dificuldade no relacionamento com outras pessoas, em partilhar e compreender emoções e sentimentos);
- ❖ Competências de comunicação (na utilização de formas de comunicação verbal e não-verbal, incluindo gestos, expressões e linguagem), e no jogo imaginativo (rigidez e inflexibilidade que se alargam a várias áreas do pensamento: linguagem e comportamento da criança);
- ❖ Presença de comportamentos e interesses restritos e repetitivos (crianças com autismo, têm dificuldade em lidar com situações inesperadas na adaptação a novas rotinas).

As observações clínicas de crianças com diagnóstico de autismo, permitiram conhecer de forma mais específica como esta “triade de dificuldade” se expressa no dia a dia e afetam a sua qualidade de vida. Sabe-se assim que estas alterações persistem e evoluem de forma diferente ao longo de toda a vida, afetando várias áreas do desenvolvimento de cada criança, de modo e grau distintos. Não raras vezes, para além destas características e dificuldades centrais, estas crianças apresentam prejuízos significativos na cognição, défices motores e perturbações comportamentais (Oliveira, 2009; Yu, Coulter, Chahrour, & Walsh, 2012). Vários estudos verificaram ainda que crianças autistas apresentam uma elevada taxa de comorbilidade, sobretudo, com a Trissomia 21, Síndrome X-Frágil, problemas sensório-motores e PHDA (Oliveira, 2007; Siegel, 2008 e Yu, et al., 2012). Os sujeitos com autismo podem, deste modo, apresentar

uma variedade de sintomas comportamentais, como a hiperatividade, redução do campo de atenção, impulsividade, agressividade e manifestação de birras (APA., 2002).

Gowen e Hamilton (2012), atentam, particularmente, para a importância dos vários distúrbios motores que têm vindo a ser observados nas crianças com PEA. Apesar destes défices não serem considerados como características fundamentais, ou primárias, no autismo, tem-se observado um crescimento e uma prevalência elevada. Estes números são significativos, na medida em que estas alterações comprometem o desenvolvimento social, o comportamento e o tratamento destas crianças (Provost, Lopez, & Heimerl, 2006). Existem assim vários relatos de investigadores que se dedicaram à observação, e descrevem a forma como os défices motores se manifestam em crianças com PEA:

Provost, Lopez e Heimerl (2006), por exemplo, realizaram um estudo com o intuito de avaliar as competências motoras de crianças com PEA, com idades compreendidas entre os 21 e os 41 meses de idade. Verificaram a existência de atrasos no desenvolvimento da motricidade global e da motricidade fina de todas as crianças.

Staples e Reid (2010), num estudo com um grupo de 25 crianças mais velhas, entre os 9 e os 12 anos, e com diagnóstico de PEA, corroboraram os mesmos resultados, observando, adicionalmente aos atrasos, a existência de défices significativos nas suas capacidades motoras. As crianças apresentaram, sobretudo, dificuldades na coordenação dos movimentos que envolviam os dois lados do corpo e ambos os braços e pernas, dificuldade em controlar a força e a direção da bola, na realização de lançamentos ou em tarefas de pontapear a bola.

Outros estudos foram feitos constatando-se que crianças com PEA apresentam dificuldades ao nível do equilíbrio e marcha (normalmente observa-se a característica “marcha em bicos dos pés”), uma velocidade mais lenta em movimentos controlados temporalmente, reduzida estabilidade postural e alterações no processamento sensorial (maiores particularidades a estímulos sonoros e à dor). Frequentemente, observa-se que os movimentos que envolvem todo o corpo são bruscos e breves. Regra geral, as crianças giram sobre o mesmo eixo e balanceiam o tronco para trás e para a frente (Minshew, Kinburn, Jones, & Furman, 2004; Negrine & Machado, 2004; Jansiewicz, Goldberg, Newschaffer, Denckla, Landa, & Mostofsky, 2006 e Oliveira, 2007).

Miyahara et al., (1997, cit. por Gowen e Hamilton, 2012), compararam as habilidades motoras de crianças com PEA com um grupo de crianças com dificuldades de aprendizagem, e descobriu que o primeiro grupo de crianças apresentava melhor destreza manual, porém, menores desempenhos nas habilidades de bola. Green, Baird, Barnett, Henderson, Huber e Henderson (2002), realizaram um estudo similar, comparando as habilidades motoras de crianças com PEA em idade pré-escolar, com crianças com perturbação do desenvolvimento específico da função motora. Os resultados observados foram idênticos, sendo ambos os grupos descritos como “desajeitados”.

Apesar dos défices motores não afetarem todas as crianças com PEA, é importante não esquecer que, quando presentes, condicionam o seu desempenho e participação. Jasmin, Couture, Mckinley, Reid, Fombonne e Gisel, (2009), demonstraram, efetivamente, que as habilidades motoras estão correlacionadas com as habilidades da vida diária em crianças autistas. Deve-se portanto, ter em atenção todas estas particularidades nos programas de intervenção (Oliveira, 2007).

4.3- Perturbação de hiperatividade e défice de atenção

A perturbação de hiperatividade e défice de atenção, é uma condição clínica de alta prevalência, que se expressa, segundo a APA, de forma heterógena, entre os 3% a 7 %

das crianças em idade escolar. As crianças com PHDA apresentam, normalmente, um padrão comportamental, caracterizado por uma persistente falta de atenção, impulsividade e/ou hiperatividade, com uma intensidade que é mais frequente e grave de que o observado habitualmente nos sujeitos com um nível semelhante de desenvolvimento. Estes comportamentos devem ser observados durante a infância, especialmente antes dos 7 anos, e pelo menos em dois contextos distintos (e.g.: escola e casa) (Barkley, 1998; APA., 2002; Cabral, 2006 e Goulardins, Marques, & Casella, 2011).

O DSM-IV-TR (APA, 2002), para efeitos de diagnóstico, divide esta perturbação em três subtipos, baseados no padrão sintomatológico/ de comportamento observado:

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção, Tipo Misto - se preenche 6 ou mais dos sintomas de falta de atenção e 6 ou mais, sintomas de hiperatividade ou impulsividade, durante os últimos seis meses;

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Desatento - se preenche apenas 6 ou mais dos critérios de falta de atenção nos últimos 6 meses;

Perturbação de Hiperatividade com Défice de Atenção Tipo Predominantemente Hiperativo-Impulsivo, se apresenta apenas 6 ou mais dos sintomas de hiperatividade ou impulsividade durante pelo menos nos últimos 6 meses.

A observação clínica de crianças com PHDA, permitiu identificar algumas manifestações primárias, como a atividade excessiva, desorganizada e inapropriada para o contexto (mais evidente em tarefas estruturadas e formais), assim como, problemas ao nível da regulação da atenção, com dificuldade na identificação e discriminação de estímulos. Crianças com PHDA têm dificuldades em permanecer em atividade por longos períodos de tempo, seguir instruções, completar tarefas ou brincar de forma isolada numa só atividade, esperar pela sua vez, e dificuldade no controlo inibitório de impulsos (expressa no comportamento intrusivo com os pares e na interrupção dos outros) (Greenberg, 2000 e Goulardins, Marques, & Casella, 2011).

Além das particularidades centrais, e como consequência destas alterações, podem surgir problemas cognitivos, comportamentais, na motricidade, maiores dificuldades no desempenho académico e na regulação emocional. O que, por sua vez, poderá prejudicar as relações com as outras crianças, pais e educadores, logo, dificultar o estabelecimento das relações afetivosociais. Algumas crianças com PHDA, podem apresentar ainda um comprometimento da linguagem, perturbação de oposição, características autistas, baixa autoestima, ansiedade e depressão (Barkley 1998; Greenberg, 2000 e Cabral, 2006).

Porém, para um adequado acompanhamento destas crianças, o conhecimento dos sintomas não é suficiente. Neste seguimento, merecem especial destaque, os vários estudos, que têm demonstrado interesse em estudar as importantes dificuldades motoras que as crianças com PHDA revelam, quando comparadas com os pares. Alguns autores (Kadesjo & Gillberg, 1998; Poeta & Neto, 2004; Cabral, 2006 e Goulardins, Marques, & Casella, 2011) comprovaram, inclusive, a possibilidade de crianças com PHDA apresentarem um perfil de desenvolvimento psicomotor distinto ou significativamente menor do que o esperado para a faixa etária, e/ou poderem apresentar, em simultâneo, perturbação do desenvolvimento da coordenação motora.

Segundo Goulardins, Marques e Casella (2011), as dificuldades motoras parecem resultar, sobretudo, de uma menor capacidade no planeamento e na execução das tarefas, tal como pela maior distratibilidade característica destas crianças, mais do que os défices motores. Sujeitos com PHDA são capazes de selecionar atividades e/ou objetos de interesse, mas, no entanto, lutam constantemente contra o controlo dos seus impulsos e do seu corpo, expressando uma desarmonia entre o sentir, pensar e agir. A bibliografia

indica ainda que as alterações percebidas na coordenação motora possam estar diretamente relacionadas com as dificuldades na aprendizagem escolar e nas atividades cotidianas, realçando a importância do seu impacto em diferentes domínios e contextos.

Mais especificamente, de acordo com Farré e Narbona (2001), é possível identificar, em crianças com PHDA, lacunas na coordenação global, na orientação espaço-temporal e na motricidade fina. Camargo e Bruel (2012), realizaram um estudo com o intuito de avaliar o nível de desenvolvimento motor de seis crianças com PHDA, observando, maiores dificuldades ao nível do equilíbrio, da orientação no espaço e no tempo, e na motricidade global. Os mesmos investigadores, encontraram resultados médios baixos para a noção do esquema corporal e praxia fina, corroborando os trabalhos anteriores.

Considerando estes aspetos, o conhecimento sobre as particularidades do desenvolvimento psicomotor e possíveis alterações das crianças com PHDA, poderão constituir-se, deste modo, como fator indispensável ao minimizar dos impactos sobre a sua qualidade de vida. Sobretudo, no contexto da intervenção psicomotora, e, particularmente, no decorrer de um estágio, como o relatado, essa informação deve contribuir como guia de apoio adequado e consciente, atendendo à individualidade de cada criança, esperando-se contribuir para que o seu desenvolvimento evolua positivamente (Goulardins, Marques, & Casella, 2011).

4.4- Perturbação do Desenvolvimento da Coordenação Motora

As investigações sobre as crianças com dificuldades na coordenação motora, frequentemente descritas como *desajeitadas*, revelam um interesse crescente nos últimos anos, verificando-se a utilização de vários termos na tentativa de as descrever: e.g. “dispraxia do desenvolvimento”, “disfunção cerebral mínima” e “síndrome psicomotora” (Albaret J., 1995; Kadesjo & Gillberg, 1998; Albert, Zanone, & Castelnau, 2000; Kirby & Sugden, 2007). A falta da definição clara de uma terminologia originou dificuldades no seu diagnóstico e, conseqüentemente, no tratamento e atendimento destas crianças.

Segundo Albaret e Chaixb (2011), existe um maior consenso entre os vários investigadores e, atualmente, o termo universalmente mais utilizado é o de perturbação do desenvolvimento da coordenação motora. A PCM é também reconhecida formalmente pela APA (2002), que, de acordo com os critérios estipulados pelo DSM-IV-TR, a descreve como um comprometimento da capacidade para cumprir as AVD's, substancialmente mais baixo do esperado para a faixa etária e quociente de inteligência. Esta perturbação não está associada a nenhum estado físico geral (e.g.: paralisia cerebral, distrofia muscular), ou lesão neurológica específica, mas também não preenche os critérios para a Perturbação Global do Desenvolvimento (Davis, GW, Anderson, & Doyle, 2007; Kirby & Sugden, 2007).

A PCM pode manifestar-se durante o desenvolvimento psicomotor, através da ocorrência de atrasos na aquisição das distintas etapas motoras, pela tendência em deixar cair objetos, pela fraca aptidão para o desporto, e pelos prejuízos no desempenho académico, ou má caligrafia (Albaret J.M. , 1995; Albaret & Chaixb, 2011). É considerada como uma condição do desenvolvimento neurológico persistente, de evolução e manifestação heterogénea, que varia de sujeito para sujeito (Albaret & Chaixb, 2011).

As várias referências e estudos disponíveis (e.g. Albaret J.M. , 1995; Albaret & Chaixb, 2011; Wuang, Su, & Su, 2012), estimam que esta perturbação afete 5% a 6% das crianças em idade escolar, registando-se maior predominância no sexo masculino. Embora a sua etiologia permaneça desconhecida, muitos estudos têm sugerido a associação com a condição de prematuridade, ou o baixo peso à nascença (e.g. Albert, et al., 2000; Davis, et al., 2007 e Edwards, Berube, Erlandson, Haug, Sarkodee-Adoo, &

Zwicker, 2011). No mesmo campo de pesquisa, Albaret e Chaixb (2011), realizaram uma análise de coerência e potencial evocado, através de uma eletroencefalografia (EEG), durante a observação de uma tarefa de coordenação de realização automática com crianças com PCM. Os autores sugerem a possibilidade do envolvimento do cerebelo, do gânglio basal e os lobos parietal e frontal, na incidência da PCM.

Crianças com PCM, são, geralmente, mais desajeitadas, evidenciando um padrão inconstante no desempenho das tarefas e uma coordenação motora pobre (sobretudo, nas tarefas motoras que requerem maior grau de coordenação e interação entre segmentos corporais), apresentam lentidão na execução motora, dificuldades no controle postural, sinais de hipotonia, ou hipertonia, e imaturidade ao nível do equilíbrio estático ou dinâmico. Podem ainda apresentar um padrão de marcha irregular, quedas frequentes, dificuldade em imitar posições corporais e uma fraca coordenação motora bilateral das extremidades superiores (Jmyoung, Williams, & Burke, 1998 e Albaret & Chaixb, 2011).

Tarefas simples como agarrar um objeto, abotoar uma camiseta ou segurar um lápis para escrever, são desafios constantes para crianças com problemas de coordenação motora, revelando dificuldades na escrita e no desenho (Jmyoung, Williams, & Burke, 1998).

As investigações em aprendizagem motora (e.g.: Albaret & Chaixb, 2011) sugerem ainda que crianças com esta perturbação apresentam dificuldade na aprendizagem, na planificação e antecipação de novas competências, e na transferência das aprendizagens para outras situações/contextos. O mesmo estudo de Albaret e Chaixb (2011), demonstrou que as crianças com PCM não melhoraram a sua prestação com a repetição da tarefa, colocando em evidência a dificuldade na aprendizagem de padrões de ritmos motores. De acordo com o autor, as crianças apresentam frequentemente dificuldades no processo de atenção, e comorbilidade com dificuldades de aprendizagem específicas.

Aliás, a observação de crianças que apresentem apenas prejuízo nas habilidades motoras parece ser uma condição rara. A bibliografia consultada, relata, sobretudo, uma série de evidências e estudos que remetem à sobreposição da PCM com outras desordens neurológicas (Kadesjo & Gillberg, 1998; Pitcher & Hay, 2003; Kirby & Sugden, 2007 e Wuang, Su, & Su, 2012), nomeadamente, com a PHDA, as PEA e a dislexia. Um estudo realizado por Kadesjo e Gillberg (1998), com 409 crianças suecas, com 7 anos, demonstra, e.g., uma taxa particularmente elevada na associação entre as PDC e a PHDA. Cerca de metade das crianças com PCM avaliadas, apresentavam igualmente PHDA. Estudos mais recentes têm verificado ainda importantes associações entre as PCM, e a manifestação de problemas comportamentais e emocionais. Existem assim relatos de que crianças com PCM são, geralmente, mais imaturas, e demonstram um comportamento social mais isolado e passivo, comparativamente com os pares da mesma faixa etária sem alterações neurodesenvolvimentais (Ahonen, 1990; Cantell, 1998, cit. por Kirby & Sugden, 2007).

Em suma, as repercussões das dificuldades na coordenação de movimentos são alargadas aos vários contextos, desencadeando repercussões sociais e emocionais. Crianças com PCM tendem a ter uma baixa auto-estima e dificuldades em envolver-se com os pares. Sem intervenção, estas crianças irão continuar a ter um comprometimento motor grave no seu desempenho, o que poderá prejudicar outras áreas do desenvolvimento. A intervenção deverá focar-se na melhoria destas habilidades motoras e na adaptação social destas crianças (Wuang, Su, & Su, 2012).

4.5- Síntese:

Na sua globalidade, as perturbações do desenvolvimento infantil limitam o normal desenvolvimento da criança e a sua participação, comprometendo a sua funcionalidade e autonomia nos seus vários contextos de atuação (Franco, et al., 2012). Em particular, sobre as quatro problemáticas abordadas, predomina os prejuízos na linguagem, no domínio motor, das competências sociais e académicas.

Concluiu-se também que a prevalência destes quatro grupos de diagnóstico é, na globalidade, bastante significativa, verificando-se, com frequência, vários relatos que os situam entre os problemas clínicos mais observados na pediatria (Franco, et al., 2012). Particularmente, durante a convivência e atividade prestada no CDC, observou-se de facto o seu predomínio, pelo que se estabeleceu um maior contacto com estas problemáticas.

Percebemos ainda que estas condições podem manifestar-se de forma isolada, ou conjuntamente. São algumas as referências que relacionam, inclusive, as distintas perturbações tratadas (Kadesjo & Gillberg, 1998; Kirby & Sugden, 2007 e Wuang, Su, & Su, 2012).

De grosso modo, na bibliografia, crescem as chamadas de atenção sobre a importância de uma deteção e monitorização atempada. São também várias as pesquisas que atestam a eficácia de uma intervenção precoce junto de todas estas problemáticas (Guralnick., 1998; Beckett, et al., 2006 e Sameroff, 2010). Para a eficácia da mediação terapêutica, contribui um bom diagnóstico e uma avaliação funcional, das características únicas da criança, mas também dos vários elementos contextuais. Importa portanto atender à variabilidade destas crianças, e ter em conta que apesar de poderem apresentar uma condição conhecida, que afeta a sua qualidade de vida, nenhum dos grupos de perturbações é homogêneo (Franco, et al., 2012).

Tomando como pressuposto estes paralelismos, bem como o seu reflexo na prática de estágio, o item que se segue irá considerar a intervenção psicomotora em todas estas problemáticas de forma conjunta e não isolada.

5- Intervenção Precoce e Psicomotricidade nas Perturbações do Desenvolvimento

A abordagem teórica sobre a intervenção nas perturbações do desenvolvimento irá seguir a mesma lógica deste trabalho, enquadrando a Psicomotricidade sobre o “chapéu de chuva da Intervenção Precoce”.

Os tópicos anteriores centraram-se na descrição de perturbações típicas do desenvolvimento infantil, relevando as principais manifestações e problemas associados. Enfatizaram também a importância do diagnóstico precoce para um posterior atendimento e seguimento das crianças. Por sua vez, uma abordagem de intervenção com estas problemáticas, pressupõe a realização prévia de uma avaliação rigorosa que tenha em consideração os vários elementos do contexto, as dimensões da família e os recursos disponíveis, de acordo com as práticas recomendadas em IP na atualidade. As informações reunidas, devem facilitar a compreensão da criança, da sua funcionalidade, bem como, do contexto familiar em que se encontra inserida. A participação efetiva da criança, deve, portanto, ser encarada como determinante do trabalho a realizar, tal como, as possíveis problemáticas familiares e/ou contexto. Esta avaliação deve envolver ainda diferentes profissionais e tipos de saberes, abraçando os conceitos de complementaridade e articulação (Silva, 2010 e Franco, et al., 2012).

Posteriormente, práticas e as investigações no âmbito da intervenção precoce e da intervenção psicomotora, sugerem a elaboração de um programa individual, que estabeleça objetivos flexíveis, estruturado de acordo com as etapas de vida, faixa etária dos indivíduos (Franco, et al., 2012) e o seu enquadramento sócio-familiar. Todos estes aspetos, parecem decisivos para intervenções que se querem eficazes. Perante as várias

perturbações do desenvolvimento tratadas, os autores são ainda concordantes quanto aos objetivos emergentes e centrais de intervenção: a minimização dos problemas associados e do impacto de possíveis fatores secundários, a potencialização das capacidades da criança e a sua inserção/adaptação nos vários contextos de vida (McDonald, Rennie, Tolmie, Galloway, & McWilliam, 2006 e Matos, 2009).

A psicomotricidade surge, deste modo, nas principais perturbações da infância, com crianças mais velhas, como uma hipótese de intervenção complementar ao acompanhamento farmacológico e à psicoterapia. Refletindo sobre todos os pressupostos que estão na sua conceção, bem como, os valores de intervenção já enumerados, vários investigadores defendem, que a partir da vivência psicomotora estende-se a possibilidade de estruturação do psiquismo e uma melhor adequação motora. Não tendo somente como preocupação que a criança apresente melhor rendimento em determinadas habilidades, a intervenção psicomotora, centra-se numa abordagem global do mesmo através da mediação corporal (Fonseca, 2001, 2010). A psicomotricidade encontra-se assim indissociável da afetividade e da expressão da personalidade, na medida em que o indivíduo utiliza seu corpo para demonstrar o que sente. O Psicomotricista, visa a maximização de todo o potencial da criança (motor, cognitivo e emocional), a estimulação do desenvolvimento psicomotor, aliciado a momentos de bem-estar, prazer e de partilha (APP, 2009).

Particularmente, no contexto das **perturbações do espectro do autismo**, a mediação terapêutica através da Psicomotricidade, considerando as características e as alterações inerentes a esta problemática (nomeadamente, o défice nas interações sociais e na comunicação, os padrões de comportamento, interesses e atividades restritas, repetitivas e estereotipadas [APA, 2002]), pode ter um papel significativo ao minimizar estas dificuldades (Orjulin, 2005 cit. in Aniceto, Cordeiro, & Freitas, 2009). Refletindo inclusive, sobre a sua visão holística, que tem em consideração o nível de maturação motora de cada indivíduo, selecionando atividades que tenham em igual atenção as especificidades, necessidades e ritmos próprios de cada um, podemos então encontrar aqui um ajuste e uma “justificação” plausível para a implementação e intervenção psicomotora junto de crianças autistas.

Assim, e de acordo com Almeida (2004), a Intervenção psicomotora nas PGD deve, sobretudo, valorizar os conceitos de autonomia e desempenho. Sugere-se a identificação das áreas específicas da psicomotricidade que se possam revelar como menos fortes, visando otimizar as capacidades do indivíduo e o seu desenvolvimento neuropsicomotor em todos os domínios, e com especial incidência para a sua inclusão familiar e social. Deve-se ainda considerar os muitos movimentos que algumas crianças com PEA apresentam mais desajeitados e/ou rígidos, o padrão de marcha alterado, os problemas de motricidade fina e os desvios posturais, tendo em vista a melhoria do desempenho motor (Oliveira, 2007 e Fournier, Hass, Naik, Lodha, & Cauraugh, 2010). Quanto ao trabalho a premiar, de forma global, defende-se que o Psicomotricista deve permitir, facultar e induzir a criança à experimentação de diversos movimentos com o próprio corpo e com os objetos; permear a vivência simbólica, (de modo a que a criança realize atividades representativas com a realização das suas ações corporais, favorecendo a construção e o conhecimento das coisas e do mundo, facilitando o aumento do vocabulário psicomotor); recorrer à comunicação, verbal e não-verbal, como elemento de intervenção pedagógica, de socialização e de exteriorização da criança (Machado, 2001).

Negrine e Machado (2004), defendem, especialmente, que a mediação através da terapia psicomotora nas PEA, deve premiar a relação que se estabelece entre o técnico e as crianças. Segundo os autores, o mais importante é trabalhar o que a criança tem de

positivo, com o que ela sabe e pode fazer por si mesma, ou, num primeiro momento, com a ajuda de outros. Priorizar potencialidades e a exteriorização corporal.

Belo (2003) é um dos autores que nos mostra, através dos seus estudos, a observação da redução de comportamentos de agressividade e de movimentos estereotipados, em crianças autistas, que foram estimulados nesse sentido, em sessões de psicomotricidade. Segundo o mesmo autor, o trabalho psicomotor proporciona melhorias: no desenvolvimento da coordenação motora global, na espontaneidade da comunicação, na diminuição dos sintomas de isolamento, no aumento da autoestima, bem como, ao nível da coordenação motora fina (Almeida, 2004).

Por sua vez, a relação entre a **PHDA e a Psicomotricidade** é notoriamente também reconhecida pela bibliografia. Considerando as características e manifestações já descritas, e tão específicas desta perturbação, vários autores indicam a terapia psicomotora como um meio capaz de ajudar a melhorar o controlo motor, a minimizar os comportamentos hiperativos e a falta de atenção inerentes à sua manifestação (Fontenelle, 2001; Sarmiento, Braga, Martins, & Almeida, 2008 e Camargo & Bruel, 2012). Segundo Fonseca (1995), a psicomotricidade atua diretamente na organização das emoções, percepções e nas cognições, visando a utilização de respostas adaptativas previamente planeadas e programadas. De acordo com Rodrigues (2004), os objetivos da intervenção na PHDA deverão centrar-se em melhorar a qualidade de vida das crianças, reduzindo os seus níveis de stresse e aumentando as competências interpessoais.

Seguindo esta linha de pensamento, alguns estudos têm-se preocupado em estudar mais detalhadamente o contributo dos programas de intervenção psicomotora em crianças com PHDA. Poeta e Neto (2005), e.g., comprovaram que 25 sessões de psicomotricidade aplicadas numa criança com PHDA, foram suficientes para a melhoria significativa do seu perfil psicomotor. Sarmiento, et al., (2008) corroboraram estes resultados, tendo observado detalhadamente a evolução de uma criança com PHDA de 8 anos, do sexo masculino, ao longo de 12 meses de intervenção bissemanal. Os autores, verificaram uma evolução do perfil dispráxico para eupráxico nos fatores da tonicidade, equilíbrio, praxia global e estruturação espaço temporal, e a manutenção do perfil eupráxico nos fatores da praxia fina e noção do corpo. Camargo e Bruel (2012), praticaram um estudo idêntico com 6 crianças com diagnóstico de PHDA e idades compreendidas entre os 6 e os 11 anos (3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino), durante 18 meses. Como principais resultados, destacaram as melhorias nos fatores de equilíbrio, estruturação espaço temporal e praxia global, à semelhança dos estudos anteriores.

De forma global, nos vários estudos, as atividades foram planeadas com base nos fatores onde as crianças revelaram resultados menos satisfatórios. Desta forma, foi privilegiado o estímulo da percepção espacial, da consciência e expressão corporal, da lateralidade, coordenação motora global, memorização, das noções temporais e espaciais, e da resolução de problemas. A título de exemplo, foram utilizados jogos de mímica, quebra cabeças, deslocamentos pelo espaço de distintas formas (e.g.: sobre calcanhares, de frente, para trás, etc), corridas, saltos, dança ao som de diferentes ritmos, com diferentes objetos, utilizando várias partes do corpo, exercícios de relaxamento, entre outros (Sarmiento, et al., 2008 e Camargo & Bruel, 2012). As conclusões destes e de outros autores, são cada vez mais emergentes face a um acompanhamento que se quer consciente e positivo. Permitem ainda, enquanto técnicos de Psicomotricidade, elucidar-nos de ferramentas básicas de atuação. Cabe a cada um saber usufruir destes pressupostos da melhor forma, adequando e adaptando os mesmos a cada situação e a cada criança em particular.

Relativamente à **perturbação da coordenação motora**, os relatos de intervenção não são tão abrangentes como nas restantes perturbações do desenvolvimento. A bibliografia consultada destaca, inclusive, a necessidade de um maior número de estudos neste âmbito. Contudo, considerando as características, já descritas, desta problemática, bem como, a sua alta taxa de comorbilidade com a PHDA, e com menos frequência com as PEA, podemos arriscar e dizer que a intervenção psicomotora junto destas crianças poderá trazer resultados benéficos, e ajudar a minimizar as suas dificuldades.

Kirby e Sugden (2007), relatam que uma das abordagens de intervenção nas PCM que tem reunido resultados positivos, prende-se com a inclusão de estratégias de mediação orientadas para o processo. As autoras sugerem a utilização de métodos sensoriais e de integração, com o intuito de melhorar o funcionamento cinestésico da criança, possibilitam a transferência desse progresso para o desempenho motor das restantes habilidades. Como base desta abordagem, é valorizada a interação entre os recursos da criança, a tarefa e o contexto.

A intervenção psicomotora, por sua vez, pretende estimular o desenvolvimento da atividade perceptiva, simbólica e conceptual, através da facilitação de experiências sensorio motoras intencionais, e da consciencialização corporal, no espaço e no tempo (Martins, 2001). O Psicomotricista atua ainda sobre uma atmosfera relacional afetiva, utilizando como ferramentas de trabalho, o corpo, o jogo, o espaço, e o tempo, entre outros recursos. Deste modo, agindo através do movimento, como meio terapêutico, procura-se melhorar as estruturas psíquicas responsáveis pelos processos de integração, elaboração e controlo motor, tão importantes para o funcionamento destas crianças.

Ainda segundo Fonseca (2008), sobre a condição de debilidade motora, a maioria das crianças não sabe “comandar” os seus gestos num intervalo de tempo dado. Demonstram, regra geral, uma atividade motora excessiva e incontrolável (Ajuriaguerra e Diatkine, 1948, cit por Fonseca 2008). A Psicomotricidade tendo um papel fundamental na resolução de problemas ligados aos processos de planificação e antecipação, pode intervir nesses processos mentais que estão comprometidos, ajudando a criança a agir no mundo de forma organizada e adaptada ao espaço envolvente (Fonseca, 2010). Pelo mesmo motivo, Fonseca (2008), considera que a terapia psicomotora deve intervir em todos os níveis de atividade motora. Assim, segundo o autor, uma outra intervenção benéfica junto destas crianças, poderá ser a mediação pelo relaxamento. Esta abordagem pretende atuar sobre o fundo tónico da criança, abordando as dissociações dos movimentos, através de manipulações ativo-passivas. Por este meio, objetiva-se fazer descobrir na criança as diferentes modulações tónicas a mobilizar para se relacionar com os vários objetos (estimulando o seu sentido sinestésico).

Neste seguimento, podemos entender que a psicomotricidade pode ser também uma alternativa viável no acompanhamento de crianças com **atraso global do desenvolvimento psicomotor**. Como referido, estas crianças apresentam manifestações muito heterógenas, em vários domínios do desenvolvimento (e.g.: motricidade fina e/ou grosseira, linguagem, cognição, competências pessoais, sociais e nas atividades de vida diária). Para este diagnóstico, é importante ressaltar o papel dos pais, educadores, e outras pessoas que acompanham o desenvolvimento da criança (Ferreira, 2004). A avaliação do desenvolvimento e o estabelecimento de um perfil psicomotor, representa assim um passo muito importante na sinalização destas crianças, permitindo reunir um conjunto de informações relativas às suas efetivas capacidades e dificuldades (Ferreira, 2004), possibilitando um acompanhamento adequado.

Na terapia psicomotora, como focalizado inicialmente, procura-se, através da mediação corporal e expressiva, o estudo e a compensação da expressão motora

inadequada ou inadaptada, geralmente ligada a problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora e de âmbito psicoafectivo (Martins, 2001; APP, 2009 e Institut Supérieur de Rééducation Psychomotrice, 2012). Assim, a atuação pela via da abordagem psicomotora, permite atuar sobre a criança de forma global, agindo por intermédio do corpo sobre as funções mentais perturbadas.

Em suma, através dos objetos, da exploração do meio e das relações, veiculados pela sua ação e movimento, a criança vive uma série de experiências sensoriomotoras e orgânicas. Estabelece assim comunicação com os outros e com o mundo, elaborando a sua significação. Logo, podemos concluir que o brincar é uma possibilidade pedagógica fiável, tal como a psicomotricidade, veiculada através de uma via corporal. Deve englobar uma série de estratégias de intervenções e ações de modo a convergir num método de ajuda à evolução dos processos de desenvolvimento e aprendizagem. Compreende portanto uma inter-relação entre meio interno e externo. Neste enquadramento, podemos então perceber as fortes potencialidades de um programa de intervenção direcionado à criança com perturbações no desenvolvimento, não só no potencializar de uma maior autonomia e confiança, como mediador das suas relações sócioafetivas, preparando-a de uma melhor forma para a aprendizagem académica (Almeida, 2004).

6- Enquadramento institucional

A atividade de estágio abre espaço e a oportunidade aos alunos de 2º ciclo de observarem e participarem numa realidade profissional. Assim, é possível uma maior aproximação e vivenciar de perto o dia-a-dia e as dinâmicas de um provável local de trabalho no futuro. O Centro de Desenvolvimento da Criança, Professor Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, foi, neste caso em particular, a instituição elegida e que deu o apoio necessário a dois estagiários de Reabilitação Psicomotora (um de 1º ciclo e uma estagiária de 2º ciclo) à concretização desta oportunidade, pelo que de seguida será descrita de forma mais pormenorizada:

6.1- Centro de Desenvolvimento da Criança – Professora Torrado da Silva: Caracterização institucional

O Centro de Desenvolvimento da Criança, Professor Torrado da Silva, do Hospital Garcia de Orta, é uma instituição de caráter público, situada em Almada, freguesia do Pragal. Em primeira análise, torna-se relevante uma curta referência ao HGO, como entidade que premeia o rigor e humanização no trabalho, objetivando o assegurar de respostas exequíveis e eficientes perante as necessidades de toda a população atendida, respeitante à unidade de saúde de Almada, Seixal e Sesimbra. O HGO valoriza assim não só a prestação de cuidados de saúde primários, como o desenvolvimento de atividades de investigação e formação de profissional (HGO, 2009).

Em funcionamento desde 1992, a equipa responsável pelo serviço de pediatria do HGO, destaca-se pelo seu trabalho de mérito na prestação de cuidados de saúde pediátricos em distintas áreas de especialização: neonatologia, desenvolvimento, neuropediatria e cuidados intensivos. Em 1993, as recomendações do relatório da Comissão Nacional de Saúde Infantil, divulgadas pelo seu coordenador Professor Torrado da Silva, idealizam a construção de um espaço multiprofissional de atendimento a crianças com necessidades especiais e suas famílias, capaz de um acompanhamento rentável, imediato e único. Esta articulação reivindicada entre serviços hospitalares e a comunidade, incitam, na equipa de Pediatria, o desejo em edificar o seu próprio centro de desenvolvimento da criança (Carvalho, 2005; CDC-HGO, 2009).

A abertura do CDC em 2007, marca assim a concretização de uma vontade comum de uma equipa multidisciplinar, com ideologias e crenças de trabalho únicas, que

teve como principais pilares de apoio, o Programa de Saúde XXI e a Fundação Calouste Gulbenkian. O CDC presta serviços no âmbito preventivo, no apoio ao diagnóstico e tratamento de doenças neurológicas, agudas e crónicas, e nas perturbações do desenvolvimento psicomotor (CDC-HGO, 2009)

Tendo em conta que o CDC pertence ao HGO, todos serviços e atividades assistenciais estão, deste modo, integrados no Sistema Nacional de Saúde (SNS), sendo gratuitos para as crianças até aos 12 anos de idade (inclusive) e solicitado o pagamento de uma taxa moderadora a crianças com mais de 12 anos (CDC-HGO, 2009). De facto, é o carácter humano de todo o serviço prestado, bem como o trabalho dos seus profissionais em harmonia com condições físicas de qualidade única, que tornam o CDC tão especial. Envolvido numa dinâmica assistencial e de mediação terapêutica, em parceria direta com a comunidade, pais e educadores, este centro junta diferentes áreas de especialidade numa mesma missão: uma assistência o mais eficaz e abrangente possível, ainda que temporária, a crianças que carecem de respostas, premiando, sobretudo, a equidade de acesso à saúde (Carvalho, 2005; CDC-HGO, 2009).

Os objetivos principais do CDC envolvem, portanto, as áreas de investigação e apoio familiar, englobando os seguintes aspetos (CDC-HGO, 2009):

- ✓ atendimento e investimento na investigação, avaliação e tratamento de crianças com problemas neurológicos e do desenvolvimento;
- ✓ apoio médico e psicossocial às famílias;
- ✓ promoção da ligação à comunidade, bem como a continuidade de ação, relativamente a cuidados de saúde primários e à cooperação entre instituições;
- ✓ favorecer a cooperação entre profissionais de âmbito educativo na avaliação e definição conjunta de metodologias mais apropriadas a cada criança;
- ✓ constituir-se um centro de referência para o diagnóstico e avaliação de crianças que, por razões técnicas de capacidade, sejam reencaminhadas dos hospitais distritais da Zona Sul;
- ✓ colaborar na formação de profissionais, pais e outros técnicos a nível da saúde e educação, mediante formações e estágios específicos;
- ✓ desenvolver a atividade científica através da elaboração de trabalhos e projetos de investigação clínica;
- ✓ criar um pólo de investigação de ajudas técnicas e novas tecnologias.

6.2- Equipa

A Equipa do CDC, é constituída pelo seguinte grupo multidisciplinar: três Neuropediatras; quatro Pediatras do Desenvolvimento; dois Médicos Fisiatras; três Enfermeiras; quatro Psicólogas; duas Terapeutas Ocupacionais e duas Fisioterapeutas (parcial); duas Terapeutas da Fala; uma Técnica Superior Educação Especial e Reabilitação; uma Técnica de Serviço Social; uma Educadora Especializada (a tempo parcial) e uma Professora (a tempo parcial).

A parceria entre estes profissionais é possível observar-se para além das salas de reuniões. A título mais pessoal, a integração e o contacto direto com uma equipa multidisciplinar, possibilita uma maior e consciente perceção, da sua importância e mais-valia. Para além da clara canalização de recursos, a possibilidade de favorecer um atendimento em tempo limitado, atendendo um maior número de crianças, o trabalho conjunto entre diferentes profissionais, também eles de distintas áreas, torna-se vantajoso e mais eficaz na medida em que se estabelece objetivos comuns de trabalho. Projeta-se uma linguagem também ela análoga, e os seus dialetos vão-se estendendo ao longo dos corredores e diferentes salas de consultas e tratamentos. Porém, neste

contexto de trabalho, pode observar muito mais para além da preocupação em alcançar um objetivo comum, em relação a um determinado utente.

Na equipa do CDC, é possível observar que cada técnico/profissional sabe exatamente o seu “espaço” de atuação e aquilo que esperam dele. Existe o respeito e admiração pelas funções individuais, embora muitas vezes também se possa tornar difícil o reconhecimento e ultrapassar de barreiras inerentes a cada profissão (e.g.: modelos de atuação já enraizados: médico, de educação...). Contudo, o respeito, disponibilidade e interação com os colegas de trabalho são os valores mais premiados, o que possibilita um ambiente de trabalho motivante e rico, que se reflete em cada profissional. Assim, observa-se a projeção e partilha constante de novas ideias, iniciativas e projetos que englobam não só a população alvo do centro (utentes e famílias), como a restante comunidade, na procura de incrementar e colmatar a falta de respostas dos sistemas públicos. Existe, portanto, uma abertura e assertividade, invulgar, dentro desta equipa, discutindo-se problemas de trabalho, mas também estabelecendo-se redes de apoio, formais e informais, que transpõem fronteiras profissionais.

6.3- Atividades

Considerando o fortalecer da articulação do trabalho hospitalar com cuidados de saúde primários, bem como, com o campo educativo e de apoio, o centro desenvolve, sobretudo, um trabalho de atuação em três contextos distintos de atividade: (a) **assistencial**, (b) **formativo** e (c) **científico**. Segue-se a descrição de cada um destes contextos (CDC-HGO, 2009):

No âmbito (a) **assistencial**, o centro de desenvolvimento oferece consultas gerais (1) e individuais das diferentes especialidades, consultas multidisciplinares (2) para as patologias mais complexas, bem como, o devido apoio e intervenção terapêutica (3) em diferentes áreas de especialização (CDC-HGO, 2009):

- 1- As **consultas gerais**, abrangem o campo de Desenvolvimento, Epilepsia, Neuropediatria, Reabilitação Pediátrica e Psicologia. Funcionam como um sistema de referência, onde se procede a uma avaliação personalizada, estabelece-se um diagnóstico e dá-se seguimento, de modo a desenvolver a investigação e propor a intervenção mais adequada a cada caso. As consultas gerais possibilitam ainda a monitorização do desenvolvimento de cada utente e o desenvolvimento de planos de intervenção individualizados.
- 2- As **consultas pluridisciplinares** são realizadas quando o impacto da patologia envolve maiores dimensões, tanto para a criança, como para a sua família. Nestes casos, torna-se necessário um acompanhamento especializado e abrangente aos diferentes aspetos biomédicos, psicológicos e sociais implicados, centrado nas especificidades próprias da patologia, e únicas da criança/família. Os técnicos envolvem-se, portanto, numa atuação conjunta, de modo a rentabilizar tempo e recursos.
- 3- As **intervenções terapêuticas** visam a concretização de repostas exequíveis e reais, numa perspetiva biopsicossocial, às especificidades e necessidades próprias de cada individualidade, bem como, a obtenção da máxima funcionalidade e desempenho. Abrangem as especialidades de Fisioterapia, Terapia da Fala, Terapia Ocupacional e Terapia/Reeducação Psicomotora.

Para além de consultas e terapias, o centro proporciona ainda serviços de enfermagem, ação social e educação. A Enfermagem, procura atuar sobre a adaptação e

aceitação da criança à sua situação de saúde, bem como, às alterações procedentes do diagnóstico e terapêuticas realizadas, resgatando a sua autonomia (CDC-HGO, 2009).

O Serviço Social, envolve, por sua vez, a mobilização de recursos, numa articulação entre redes sociais formais e informais, passíveis de dar respostas às problemáticas identificadas, e de promover as potencialidades de cada criança e respetiva família, visando a sua integração na comunidade (CDC-HGO, 2009). Por fim, a área da Educação, serve de ponto de referência às famílias e comunidade, na procura de orientações para o projeto de vida da criança, visando (CDC-HGO, 2009): (1) avaliar as situações sinalizadas; (2) articular os vários serviços da comunidade inclusiva; (3) dinamizar um gabinete de avaliação, despiste e encaminhamento de serviços da comunidade; e (4) implementar sistemas de comunicação aumentativa.

A nível (b) **científico**, o CDC aposta no desenvolvimento de projetos de investigação clínica, destacando-se no panorama nacional e internacional, através da participação e divulgação de diversos artigos em reuniões, publicações e revistas de referência, no campo do desenvolvimento infantil. A Epilepsia, Paralisia Cerebral e as Patologias associadas a recém-nascidos, são alguns dos temas tratados nestes trabalhos, que contam com o precioso contributo dos técnicos do centro. Através destes projetos, o CDC, tem vindo assim a desafiar o espírito crítico e inovador dos seus profissionais (CDC-HGO, 2009).

Um outro valor de atuação do HGO é a atividade (c) **formativa**. Assim sendo, é regular a aposta em cursos e ações de formação, que preveem facilidades financeiras a todos os colaboradores do HGO. Como já adiantado, ainda neste âmbito, o HGO recebe anualmente estagiários das várias especialidades clínicas e terapêuticas, possibilitando a sua participação nas várias dinâmicas do serviço hospitalar (CDC-HGO, 2009).

Deste modo, integrado nesta dinâmica, o CDC, proporciona também a oportunidade de estágios regulares, a diversos profissionais médicos, psicólogos e outros técnicos de saúde. Colaborando, assim, com várias entidades pedagógicas. Durante este processo, a coordenação do CDC, tem identicamente a preocupação de promover várias iniciativas para um melhor acompanhamento e preparação dos profissionais, envolvendo e permeando paralelamente a formação dos elementos da sua equipa de base. Aos estagiários do CDC é então permitido o contacto direto com os pacientes, equipa técnica e ações de formação desenvolvidas pelo mesmo, relacionando-se frequentemente com **outros contextos de intervenção e comunitários**. Assim, a nível interno e particularmente durante o período de tempo que frequentei o CDC, tive a possibilidade de observar e participar em diversas dinâmicas, nomeadamente:

❖ **Reuniões multidisciplinares-** dentro deste grupo podemos subdividir as reuniões de carácter semanal:

- Reuniões de grupo de intervenção terapêutica, com carácter semanal, onde são discutidos distintos casos clínicos e a sua evolução (e.g.: reunião da Reabilitação Pediátrica, reunião de Psicologia).
- Ocorre também todas as semanas (às terças feiras à tarde) uma reunião aberta a todos os elementos da equipa do CDC, onde são apresentados e discutidos os mais diversos temas ou estudos de caso (as temáticas e objetivos diferenciam-se consoante as necessidades momentâneas), normalmente calendarizada no início de cada ano (o cronograma respetivo ao ano 2012/2013 pode ser consultado em anexo)
- *Journal Club*- realizado todas as quintas feiras de manhã, este momento de reunião, convida todos os profissionais do centro a apresentar à equipa um

artigo científico ou estudo recente, promovendo, deste modo, a discussão e reflexão conjunta (CDC-HGO, 2009).

Outras reuniões:

A nível bimestral, são agendadas reuniões com o serviço de pedopsiquiatria e, mensalmente, do grupo das perturbações do espectro de autismo (todas as primeiras terças feiras de cada mês).

As reuniões entre as equipas dos projetos de Intervenção Precoce de Sesimbra, Almada e Seixal, e os vários técnicos, médicos e educadores do CDC, são realizadas de 3 em 3 meses, separadas entre si pelo espaço de um mês respetivamente. Nestes momentos, profissionais de áreas distintas, incluindo o Psicomotricista, procuram partilhar informações, conquistas, mas também angústias, redefinindo estratégias e reformulando objetivos comuns. Realiza-se um ponto da situação das crianças acompanhadas conjuntamente pelo CDC e pelas IPs, premiando a coordenação e articulação de todos os intervenientes, nos processos de intervenção. O HGO articula, deste modo, com as equipas frequentemente, mediante estas dinamizações periódicas e através da referenciação das crianças atendidas que se encontrem elegíveis para apoio.

- ❖ **Ações de formação** esporádicas, dirigidas e abertas também a pais e técnicos das áreas da saúde, da educação e da segurança social, sobre as mais diversas temáticas (confrontar item 7, capítulo III):
- ❖ **Ações de formação/consciencialização**, para médicos, professores e pais relacionados com a problemática da **Epilepsia**, em conjunto com a Liga Portuguesa contra a Epilepsia (CDC-HGO, 2009).
- ❖ **Encontros entre pais e/ou equipas de apoio educativo**, dos agrupamentos escolares das diferentes zonas abrangidas pelo HGO;
- ❖ Por fim, a par do exemplo dos estágios dos anos anteriores, foi promovido um **curso inicial de Introdução à Neuropediatria e de Desenvolvimento** (confrontar item 7, capítulo III)
- ❖ **Outros eventos:** caminhada solidária, 2ª meia maratona de Almada.

6.4 - Modelo de Atendimento

No CDC o modelo atendimento, segue um processo de assistência integral, que visa o melhor atendimento dos seus clientes, nos vários aspetos de natureza biológica, psíquica, psicológica, social e humana. O centro oferece um acompanhamento desde o diagnóstico aos apoios sociais. Como podemos ver no gráfico 2, as crianças chegam ao CDC, referenciadas do exterior, envolvendo posteriormente um trabalho de cooperação entre os vários médicos e técnicos das diferentes especialidades. As crianças chegam à Psicomotricidade segundo o mesmo modelo, sendo maioritariamente reencaminhadas pelos médicos do Desenvolvimento, da Reabilitação Pediátrica e pela Psicologia.

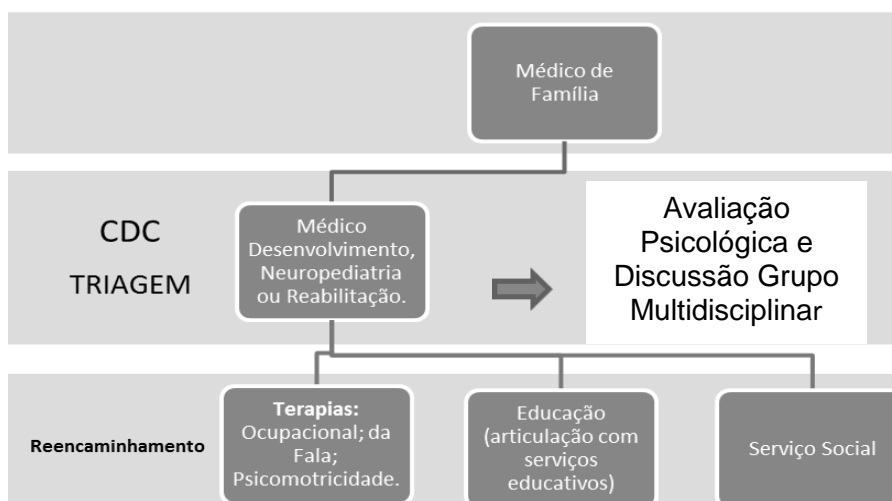


Gráfico 2 - Modelo de atendimento CDC

6.5 - Contexto Físico - Instalações

O CDC localiza-se em piso térreo de um edifício independente do HGO. Projetado e pensado de raiz para a sua atividade e natureza, o centro constitui-se num espaço de características únicas, adaptadas e atuais.

Todo o ambiente foi criado a pensar na sua população alvo de referência. Assim, o ambiente além de funcional, proporciona toda uma atmosfera relacional muito agradável e acolhedora. O carácter lúdico, o conforto e a criatividade constituem, portanto, algumas componentes do cartão-de-visita do centro, refletidas na sua decoração e recetividade, que se estendem desde a sala de espera (espaço onde além das habituais cadeiras, estão disponíveis brinquedos, mesas, folhas e lápis de cor), até aos gabinetes/salas de consulta, e espaço técnico administrativo.

O espaço do CDC, em termos físicos, pode então ser distinguido em duas grandes áreas: área de consultas e intervenção, e o espaço do pessoal técnico. Concretamente, a grande área de consultas e de intervenção é composta pela sala de espera, nove gabinetes de consultas, duas salas de observação, quatro salas dedicadas a terapias (duas para Terapia da Fala e outras duas salas para Terapia Ocupacional), um gabinete para a Técnica de Educação (utilizada também pela Psicologia), uma oficina, um espaço dedicado às tecnologias/modalidades de comunicação, um gabinete de serviço social, e uma sala para a Terapia Psicomotora (sala de estimulação sensorial/psicomotricidade). Quanto ao espaço do pessoal técnico, distribui-se por duas salas de trabalho, uma sala de coordenação, uma sala de reuniões, um espaço de conferências, uma sala de secretariado, uma biblioteca, uma sala de pausa (equipada com material de refeitório) e, por fim, pelos balneários. O CDC está ainda equipado com três arrecadações e dez instalações sanitárias, sendo duas delas adaptadas (CDC-HGO, 2009).

As paredes que ligam todos estes espaços contam uma história a todos os que se dispuserem a acompanhar as suas pinturas, preenchidas com desenhos coloridos e atrativos. A decoração foi realizada e patrocinada pelas empresas e entidades financeiras ligadas ao projeto *Paint a Smile*, com sede em Génova, que tem como missão reduzir a ansiedade dos pacientes e associar os hospitais a espaços menos impessoais, proporcionando locais alegres e amigáveis (CDC-HGO, 2009 e Fondation Paint a Smile, 2008).

Sugere-se ainda, para um melhor esclarecimento, a consulta da planta do CDC, que se encontra em anexo. Serão apenas descritos de forma mais pormenorizada, os espaços mais pertinentes, tendo em conta o trabalho realizado pela Psicomotricidade.

Sala de Estimulação Sensorial/Psicomotricidade

A sala de estimulação sensorial/psicomotricidade, local em que são realizadas a maioria das sessões de Psicomotricidade, é um espaço de dimensão média, constituído por duas portas (uma direcionada para o corredor principal dos gabinetes médicos, e outra para um corredor secundário de acesso à parte traseira das salas) e duas janelas (ambas direcionadas para o corredor secundário), espelhadas, com possibilidade de observação passiva por um terceiro elemento. Este espaço encontra-se equipado por um conjunto de diversos materiais (disponíveis para consulta em anexo) dispersos pelo espaço, com todas as condições de segurança e apropriados às dinâmicas terapêuticas (e.g.: colchões, piscina de bolas, trampolim, dois baloiços, um banco sueco, superfícies volúveis e acolchoadas de formas geométricas e dimensão significativa), bem como um quadro branco, um espelho, um espaldar e uma trave pendurada no teto que permite a funcionalidade dos baloiços e.g.. Para além do material existente na sala, é possível utilizar ainda outros recursos, concentrados em dois armários exteriores, localizados no corredor secundário acessível através da porta traseira da sala (CDC-HGO, 2009).



Figura 2 – Fotos da sala terapêutica

Sala de conferências

Tal como o nome o sugere, para além das diversas ações de formação e formativas, a sala de conferências possibilita um espaço amplo de recurso às atividades prestadas pelo centro. Deste modo, esta sala é, muitas vezes, solicitada pela Psicomotricidade para a realização de sessões de intervenção em grupo. Esta necessidade prende-se não só pelo carácter desta dinâmica, que suscita a necessidade de um espaço de dimensões superiores, como pela procura de um espaço de estímulos reduzidos. A sala de conferências encontra-se assim composta apenas por cadeiras, duas mesas de trabalho, um quadro e material informático de suporte à sua natureza científica/formativa.

Sala de Avaliação

As salas de avaliação são espaços projetados para um primeiro contacto com as crianças e/ou famílias, com os técnicos das diferentes especialidades de intervenção. Sem grande acumulação de material, preza-se o seu ambiente tranquilo, composto apenas por mesas de trabalho, e um armário com vários materiais (tais como: placa de encaixes; várias figuras, livros infantis e outros jogos lúdicos) disponíveis durante a sua utilização. Esta sala é, muitas vezes, também utilizada pela Psicomotricidade, quando se pretende realizar as avaliações das crianças, ou um trabalho mais específico de mesa.

CAPÍTULO III | Realização da prática Profissional

1- Organização do estágio

As atividades de estágio profissionalizante tiveram início no dia 6 de Novembro de 2012, com uma reunião inicial, com o intuito de estabelecer as principais diretrizes e interesses de trabalhos, entre a estagiária do 2º ciclo, a orientadora académica (Prof.^a Dr.^a, Teresa Brandão), a orientadora local (Dr.^a Joana Carvalho) e o estagiário do 1º ciclo (Rafael Muchaxo).

Após formalizadas as apresentações, e dado a conhecer os objetivos do RACP, foram estabelecidas as funções a desempenhar pela estagiária. Acordaram-se horários flexíveis e atividades a cumprir pelos discentes. O processo de estágio propriamente dito, decorreu de forma sequencial, como é possível analisar na tabela 2, distinguindo-se seis momentos principais: integração, observação, avaliações iniciais, intervenção psicomotora, avaliações finais e realização/entrega do relatório de estágio. Estas fases irão ser analisadas mais pormenorizadamente no próximo item.

Importa ainda realçar que este estágio não decorreu da forma prevista inicialmente, por motivos de saúde da orientadora local, que a levaram a ausentar-se do CDC desde Dezembro de 2012, até ao final das atividades de estágio. Deste modo, e contando sempre com o imprescindível apoio da Dr.^a Joana (que ainda que não o podendo prestar de forma física, fez sempre questão de o fazer chegar da forma mais sensata e célere), a partir de Janeiro de 2013, foi necessário reformular todo o trabalho desenvolvido e previsto até à data. Esta transição, apesar de tudo, decorreu tranquilamente, com o apoio acrescido de vários elementos da equipa do CDC e do estagiário do 1º ciclo. Porém, contrariando este que foi um fator menos positivo ao longo do estágio, emergiu a oportunidade de integrar funções que não estavam previamente definidas pelo RACP, mas que contribuíram em larga escala para o desenvolvimento de outras competências e responsabilidades, tais como:

- ❖ Responsabilização pela Terapia Psicomotora no CDC.
- ❖ Incremento da carga horária de forma a dar resposta a todas as necessidades e referências do CDC.

2- Calendarização das Atividades

Com início a 6 de Novembro de 2012 e fim a 10 de julho de 2013, o presente estágio, foi organizado de forma funcional, de acordo com o cronograma que se segue (tabela 1). As atividades apresentadas surgiram de forma gradual e progressiva, seguindo uma lógica coerente de realização. Apesar do cronograma apresentar um carácter crescente e fragmentado por etapas, todas estas fases representam um trabalho unitário, vivenciado, muitas vezes, conjuntamente num mesmo momento. Durante este período, foi realizada uma interrupção durante a época de festas do Natal e Ano Novo, e uma segunda pausa por motivos de doença da estagiária (de 20 a 24 de Maio de 2013).

ATIVIDADES	Integração	Observação	Avaliações Iniciais	Intervenção Psicomotora	Avaliações Finais	Realização e Entrega do Relatório de estágio
2012/2013						
Nov.						
Dez.						
Jan.						
Fev.						
Março						
Abril						
Mai						
Junho						
Julho						

Tabela 1 - Horário do RACP

Com o início do estágio, necessariamente surge uma fase de integração dos estagiários à estrutura e dinâmicas da instituição e equipa, bem como, de forma gradual às sessões de intervenção e avaliação psicomotora. Num primeiro momento, privilegiou-se, deste modo, uma postura mais passiva, de observação, das sessões de intervenção individual e em grupo dinamizadas pela orientadora local. Paralelamente, foi realizado um trabalho de exploração dos históricos clínicos dos utentes, e, assistiu-se às reuniões de equipa.

Posteriormente, progrediu-se para uma participação mais independente e autónoma, com contacto direto com as crianças, na avaliação, preparação e dinamização de sessões. Nesta fase, houve uma maior familiarização e prática com as principais metodologias e instrumentos de avaliação utilizados no CDC (ver item 6). Recolheu-se o máximo de informação acerca das crianças, estabeleceram-se os primeiros contactos com as famílias e foram elaborados os primeiros planos de intervenção, formulando-se objetivos gerais para intervenção individual e de grupo (dinamizado e supervisionado pelos dois estagiários de Psicomotricidade).

Iniciou-se a intervenção e terapia psicomotora, de forma direta e já autónoma (com a ausência da orientadora local) em Janeiro de 2013. Inicialmente, prestou-se um apoio apenas com as crianças previamente reencaminhadas pela Técnica responsável de Psicomotricidade no CDC, porém, rapidamente surgiram novos pedidos e referências por parte da equipa médica do Desenvolvimento, da Reabilitação Pediátrica e da Psicologia. Durante os meses de Janeiro a Julho de 2013, foram recebidas várias crianças para avaliação e despiste do desenvolvimento psicomotor e/ou para dar seguimento à terapia psicomotora. De acordo com os objetivos que se pretendiam alcançar com cada criança, desenvolveu-se semanalmente um conjunto de atividades em sessão individual e de grupo.

Numa fase final, após o período de intervenção, realizaram-se as reavaliações psicomotoras, com o objetivo de verificar possíveis modificações e melhorias, e reajustando as estratégias de atuação/referenciação. Agendou-se novas reuniões com os pais, conjuntamente com os médicos responsáveis, sempre que possível, para dar a conhecer o processo de intervenção e os feedbacks das respetivas avaliações. Por fim, procedeu-se ao processo de alta das crianças ou reencaminhamento para outros centros de apoio ao desenvolvimento, considerando que, com o fim da atividade de estágio e

com a continuidade da ausência da Técnica de Psicomotricidade local, o CDC, encontra-se, atualmente, sem capacidade de resposta nesta valência.

3- Horário de estágio

A consulta do seguinte horário-tipo deve ter em consideração que este não foi estático, mas sim moldável aos diferentes progressos e várias fases que decorreram ao longo do estágio. Inicialmente houve um acompanhamento do horário da técnica e orientadora local, e posteriormente, foi-se ajustando consoante o número de casos recebidos e a disponibilidade das salas para a prática da terapia e avaliações psicomotoras.

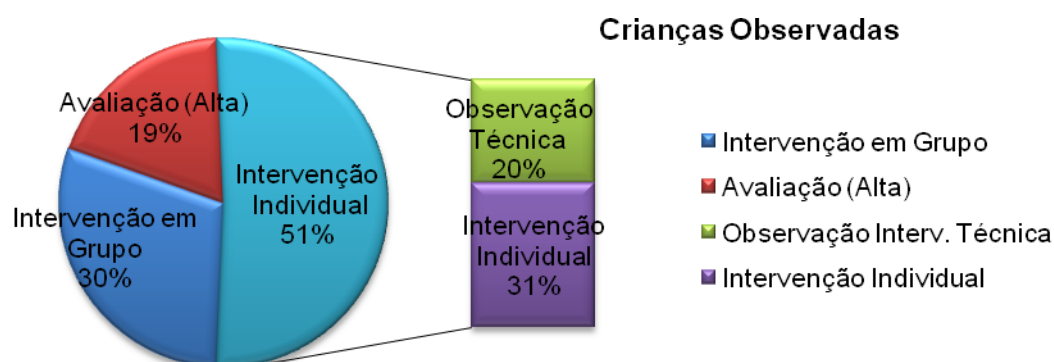
De um modo geral, realizou-se uma média de 28 horas semanais, durante aproximadamente 35 semanas, o que perfaz um total de 980 horas de estágio curricular. Apesar deste número passar o total de horas programadas para o tempo de trabalho em instituição, foi inicialmente pedida a devida autorização e acordado, que a estagiária iria, por vontade própria, estender o seu tempo de intervenção até Julho de 2013.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
Manhã	Avaliações	Avaliações	Reuniões quinzenais com orientadora local	Sessão individual	Reuniões pontuais com orientadora local
		Reuniões (pontuais) de equipa		Journal Club	
				Sessões individuais	
Almoço					
Tarde	Reunião reabilitação pediátrica	Reunião multidisciplinar	Sessões individuais	Grupo pré-escolar	
	Sessões individuais/ avaliações	Sessões individuais		Sessão individual	

Tabela 2 - Cronograma do RACP

4- População apoiada

Durante o período de frequência no CDC, os estagiários tiveram contacto direto com 38 crianças, com idades compreendidas entre os 3 e os 9 anos, trinta e quatro dessas crianças eram do sexo masculino, e apenas quatro do género feminino (confrontar Anexo III).



G

Gráfico 3 - Crianças acompanhadas em Psicomotricidade

No gráfico 3, podemos ver a distribuição do número de crianças observadas, considerando o seguimento que foi dado pela terapia psicomotora. Desta forma, 19% das crianças que chegaram à terapia psicomotora durante este período tiveram alta após observação/avaliação psicomotora do desenvolvimento; e a maior parte das crianças seguiram para intervenção individual (51%), ou em grupo (30%). Dentro da percentagem cumulativa da intervenção individual (51%), realizou-se uma distinção das crianças com que inicialmente estabelecemos contato por intermédio da Técnica local (20%), numa primeira etapa de estágio, realizando apenas uma observação e participação mais passiva com as mesmas (como já adiantado), e das crianças recebidas/acompanhadas por nós diretamente (31%), (como seguimento da intervenção da Técnica local ou por pedido da equipa médica do CDC). Importa ainda acrescentar, que a percentagem da Intervenção em grupo (30%), diz respeito não só ao grupo pré-escolar, dinamizado independentemente pelos estagiários, como pelo acompanhamento inicial, pela estagiária do 2º ciclo, de dois grupos escolares em intervenção com a técnica local.

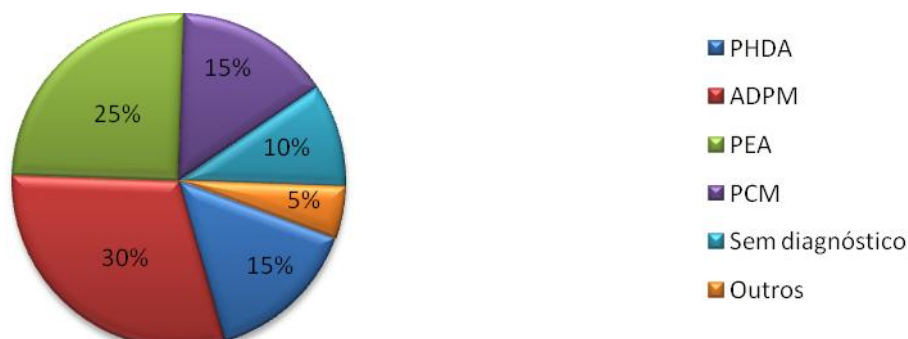


Gráfico 4 - Diagnósticos

No gráfico 4, podemos verificar a distribuição das crianças acompanhadas pela terapia psicomotora segundo o diagnóstico realizado. Verificamos que a maioria das crianças seguidas foi referenciada por atraso do desenvolvimento psicomotor (30%), seguindo-se as perturbações do espectro de autismo (25%). Com um valor percentil semelhante (15%), foram recebidas crianças diagnosticadas com perturbação da hiperatividade e déficit de atenção e com perturbação da coordenação motora. Por fim, podemos observar uma percentagem de 10% sem um diagnóstico estabelecido, apresentando e.g. dificuldades relacionais/emocionais, dificuldades no planeamento e execução motora, dificuldades académicas, de atenção ou instabilidade motora. Por fim, com uma percentagem menos significativa (5 %), foram recebidas crianças

reencaminhadas por perturbação da conduta, perturbação de comportamento de oposição, paralisia cerebral ou perturbação da relação e da comunicação.

5- Processo de Intervenção

O processo de intervenção psicomotora, no CDC, inicia-se com a referência médica, com ou sem diagnóstico clínico reconhecido (**Referenciação**).

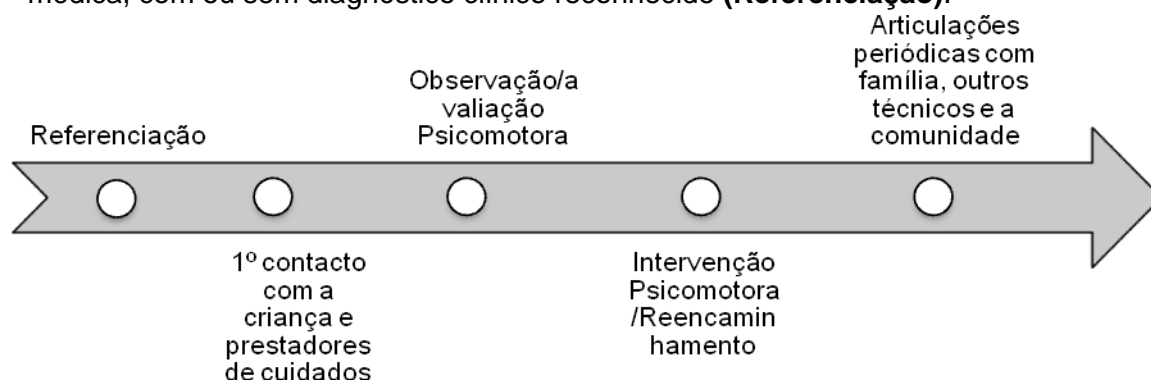


Gráfico 5 - Processo de Intervenção em Psicomotricidade

Na Intervenção Psicomotora do CDC, realiza-se um primeiro contacto telefónico com os pais, agendando uma reunião inicial para um primeiro encontro com eles e com a criança (com a ausência da técnica responsável não havia a possibilidade de marcação de consultas).

- **Contacto inicial** com a criança e a sua família: neste momento recolhe-se o máximo de informação acerca da criança, (e.g.: gostos, interesses, particularidades sensitivas, atividades extracurriculares, etc.) e sobre o historial de desenvolvimento e clínico, a partir do feedback dos pais. Normalmente, tenta-se perceber um pouco mais da dinâmica familiar, quais as atuais preocupações dos pais, dúvidas, interesses e prioridades da família face ao desenvolvimento da criança. Os pais são também informados acerca das dinâmicas da psicomotricidade e sobre o processo de intervenção (aproximadamente três/quatro sessões para observação/avaliação formal e informal; marcação de nova reunião, de modo a planear a intervenção psicomotora ou proceder ao processo de alta da criança).
- **Observação/Avaliação Psicomotora** inicial, através da aplicação de instrumentos de avaliação do desenvolvimento psicomotor (ver item 7) e de uma observação de carácter mais informal. Este processo dura aproximadamente três a quatro sessões.
- **Intervenção Psicomotora/Reencaminhamento**, de acordo com as conclusões da avaliação e com os recursos do CDC, as crianças podem ser acompanhadas individualmente ou em sessões de pequeno grupo. Quando não existe a necessidade de intervenção, podem ser reencaminhadas para outras especialidades ou atividades complementares (desportivo, pedagógicas e.g.).
- **Articulação periódica**, durante todo este processo, a criança pode estar a ser também acompanhada por outros profissionais. Estabelece-se os contactos necessários com as diferentes especialidades do CDC (Terapia da Fala, Psicologia, Educação) ou do exterior, com a escola, educadores e técnicos das equipas de IP. Particularmente, no decorrer deste estágio, sempre que possível, a família foi envolvida no processo de planeamento e de evolução da intervenção, sendo convidada a participar ativamente das sessões, de acordo com o modelo preconizado pela IP. No final das intervenções, estabeleceram-se os contactos necessários com a comunidade, de forma a dar continuidade ao trabalho iniciado.

5.1- Intervenção

A terapia psicomotora realizada no CDC, como já adiantado, tem por base duas metodologias de intervenção: individual e grupal. Ambas privilegiaram uma intervenção que tivesse por base o estabelecimento de uma relação entre técnico-criança-família.

As estratégias utilizadas são também análogas às duas abordagens, estabeleceram-se assim as sessões com base numa mesma rotina (rotina de entrada, diálogo inicial, atividades principais, retorno à calma, diálogo e rotina final), procurando ir de encontro aos interesses das crianças. Utilizou-se, sobretudo, uma dinâmica lúdica, jogos de regras e de faz de conta, de forma a que todos os participante se envolvessem em toda uma atmosfera de prazer. Criaram-se também situações problema, e permearam-se atividades com um nível de dificuldade/complexidade adequado a cada criança. A utilização de diferentes estímulos (e.g.: sonoros, visuais, tácteis, sensitivos, etc) foi uma constante, de forma a valorizar e simbolizar todas as intenções comunicativas da criança.

5.1.1- Intervenção Individual

Como podemos observar no gráfico 3, foram várias as crianças com as quais contactamos durante as atividades de estágio, porém, apenas 30% seguiram para intervenção individual com os estagiários. Por sua vez, dessa percentagem, 8 crianças foram acompanhadas individualmente, durante um período de tempo significativo, pela estagiária de 2ºciclo.

Estas crianças apresentavam na sua maioria problemáticas e particularidades muito distintas. Apesar do carácter mais individualizado, permeou-se um trabalho de parceria com a família, sendo que os pais de pelo menos quatro destas crianças, participavam ativamente das sessões.

As sessões individuais, apresentaram um carácter semanal, com uma duração média de 45 minutos. Decorreram, maioritariamente, na sala de psicomotricidade, e, sempre que as circunstâncias assim o pediam, por limitação do espaço, ou pelas características do trabalho que se pretendia realizar, utilizaram-se também as salas de avaliação ou o jardim exterior. Tendo em conta o número de crianças acompanhadas, torna-se difícil o relato de todos os processos de intervenção e respetivos resultados de uma forma aprofundada. No entanto, numa fase posterior, irão ser abordados dois estudos de caso selecionados.

5.1.2- Intervenção em Grupo

Tal como nas sessões individuais, as sessões em grupo ocorreram semanalmente, todas as quintas feiras, com a duração aproximada de uma hora. Foi constituído um grupo de três crianças em idade pré escolar, do sexo masculino, todas com o diagnóstico com perturbação do espectro do autismo.

As sessões decorreram na sala de conferências, por questões de gestão de espaço, e no exterior do centro. Estas sessões eram da responsabilidade dos dois estagiários de Psicomotricidade, que, para além das três crianças, contaram com a presença e participação pontual dos pais e outros familiares. Numa fase posterior (confrontar item 3, capítulo IV), o trabalho dinamizado com o grupo irá ser analisado como estudo de caso, de forma mais aprofundada, dando a conhecer as principais

componentes e os objetivos do plano pedagógico terapêutico, o resultado das avaliações e as conclusões que foram possíveis retirar do processo de intervenção.

6- Avaliação

O processo de avaliação na terapia psicomotora do CDC, como já referido, dura aproximadamente três a quatro sessões, iniciando-se com um contacto inicial com a criança e os pais. Neste momento é recolhida a informação acerca da criança, dos seus gostos, interesses e particularidades, esclarece-se pormenorizadamente o historial de desenvolvimento e clínico da criança com os pais e tenta-se perceber um pouco mais da dinâmica familiar. A criança normalmente entra com os pais, e, de acordo com a idade, é convidada a participar na conversa ou a realizar uma atividade com a técnica (um puzzle, um desenho, e.g.).

Posteriormente, são, normalmente, aplicados dois instrumentos de avaliação do desenvolvimento, a **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM)** e o **Teste de Proficiência Motor de Bruininks-Oseretsky II (TPMBO-2)**. Porém, neste item será abordado também a **PDMS – 2, *Peabody Developmental Motor Scales (2nd ed.)***, o ***Movement Assessment Battery for children (ABC)*** e a **Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração**, traduzida e adaptada de **Jonhson e Mandell, 1988**, por Teresa Brandão, 1991, pois estes instrumentos foram sugeridos e utilizados pelos estagiários durante o estágio no CDC.

Os subtestes da BPM são realizados na íntegra sempre que possível, porém no TPMBO-2, apenas se avalia os subtestes da precisão motora fina e da integração motora fina. Esta seleção é realizada com base nos procedimentos pré-estabelecidos pela Técnica da terapia psicomotora do CDC, considerando, a ausência do instrumento na sua totalidade no CDC, assim como, também a não sobreposição e repetição dos itens avaliados pela BPM: subtestes do equilíbrio, da coordenação bilateral e da coordenação dos membros superiores. As informações recolhidas são depois complementadas com momentos livres, na sala de psicomotricidade, com o objetivo de poder observar a criança em contexto natural.

No entanto, é importante salientar, que nem sempre é possível aplicar ou realizar uma avaliação mais formal, perante as especificidades próprias, atitude e/ou idade das crianças. As crianças que chegam à Psicomotricidade, mostram-se, muitas vezes, indisponíveis em colaborar num primeiro momento, apresentando comportamentos de recusa e fuga da atividade, pelo que é necessário promover previamente uma relação com base na confiança e um espaço de segurança e bem-estar. Algumas crianças têm a necessidade de maiores graus de contenção motora, organização do pensamento e gestão do comportamento, de forma a possibilitar avaliar, mais tarde, as suas dificuldades concretas e intervir com objetivos mais específicos. Desta forma, é importante termos consciência de que, mais do que números e dados concretos, que um instrumento nos possa oferecer, é necessário conhecer qualitativamente cada criança, atentando sobre estas particularidades.

No decorrer deste estágio, foram realizadas 16 avaliações, como é possível consultar no gráfico 3. De entre as mesmas, sete iniciaram intervenção individual, três seguiram para intervenção em grupo e seis tiveram alta.

Instrumentos de avaliação:

a) **A Bateria Psicomotora**, elaborada por Vítor da Fonseca em 1995, é um teste psicopedagógico, que visa a análise do perfil psicomotor e da integridade

psiconeurológica da criança (Fonseca, 2007). Encontra-se organizada segundo um conjunto de exercícios, organizados por sete fatores psicomotores (tonicidade, equilíbrio, lateralização, estruturação espaço-temporal, noção corporal e motricidade global e fina), subdivididos, por sua vez, por 26 subfactores, bem como, o controlo respiratório, aspeto somático e desvios posturais. Cada tarefa é pontuada entre um e quatro. O resultado total da BPM é obtido através da soma de todos os subfactores e cotando a sua média, o que corresponde ao valor global de cada fator. O somatório dos sete fatores dará um resultado final, que indicará o perfil prático de cada criança, que varia entre um valor mínimo de sete pontos e um máximo de 28 pontos. Esta pontuação traduz o perfil psicomotor da criança, como podemos observar na tabela 3 (Fonseca, 2007):

Pontos da BPM	Tipo de perfil psicomotor	Observações
22-28	HIPERPRÁTICO – Bom; superior	-
14-21	EUPRÁTICO - Normal	Nível de realização completo, adequado e controlado, podendo surgir imaturidade num ou outro subfactor.
9-13	DISPRÁTICO	Dificuldades de aprendizagem (D.A.) ligeiras; presença de um ou mais sinais desviantes.
7-8	Aprático - Deficitário	D.A. significativas e sinais disfuncionais evidentes.

Tabela 3 - Cotação BPM

A interpretação dos resultados permite, portanto, obter quocientes de desenvolvimento relativamente a cada subescala, conhecer a existência de possíveis défices funcionais psicomotores, assim como, realizar um quociente geral e identificar o perfil prático das crianças dos 4 aos 12 anos. **A sua finalidade essencial é detetar e identificar as crianças com dificuldade na aprendizagem**, caracterizar as suas potencialidades e dificuldades, possibilitando a identificação de áreas fortes e menos fortes, **visando a identificação de estratégias habilitativas e reabilitativas** (Fonseca, 2007).

- b) O **Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky II**, representa uma revisão e atualização da escala inicial, elaborada por **Oseretsky**, em 1923. O TPMBO-2, como teste normativo, avalia a proficiência motora de jovens entre os 4 e os 21 anos, permitindo o despiste de diversas perturbações do desenvolvimento e dificuldades de aprendizagem. Inclui duas versões: completa (60 minutos) e reduzida (25 minutos), bem como, procedimentos diferentes consoante o género e a idade. Ambas as versões encontram-se organizadas por um conjunto de tarefas que avaliam quatro áreas (controlo manual fino, coordenação manual, controlo do corpo e força e agilidade), estruturadas em oito subtestes: precisão motora fina, integração motora fina, destreza manual, coordenação dos membros superiores, coordenação bilateral, equilíbrio, velocidade de corrida, e agilidade e força, tal como ilustra a seguinte tabela (Bruininks & Bruininks, 2005):

Domínio motor global	Subtestes	
Controlo manual fino	Precisão motora fina	Integração motora fina
Coordenação manual	Destreza manual	Coordenação de membros superiores
Controlo do corpo	Coordenação bilateral	Equilíbrio
Força e agilidade	Corrida de velocidade e agilidade	Força

Tabela 4- Estrutura da TPMBO II

A sua administração é individual e permite o feedback verbal e visual. A análise dos resultados permite ainda obter quocientes e informações do desenvolvimento em cada área motora e respetivos subtestes, assim como obter um quociente geral (da proficiência motora), fornecendo informações úteis para o desenvolvimento e avaliação de programas de treino motor (Bruininks & Bruininks, 2005).

c) A **Peabody Developmental Motor Scales, PDMS-2**, elaborada por **Folio and Fewell, em 1983**, é um Instrumento utilizado na avaliação do desenvolvimento motor infantil de crianças entre os 0-71 meses. Permite detetar, desde idades precoces, inaptações ou atrasos no desenvolvimento motor da criança, além de outras vantagens: avalia a competência motora; identifica défices motores e desequilíbrios entre componentes motoras finas e grossas; determina a necessidade para programas de intervenção clínica; e permite o planeamento e a avaliação dos programas de intervenção, possibilitando avaliar o progresso da criança. A PDMS – 2, propõe ainda um programa de **intervenção motora** (Folio & Fewell, 2000; Provost, Heimerl, & Lopez, 2007).

- Inclui seis testes, distribuídos por duas componentes ou subescalas motoras: habilidades motoras grosseiras e finas. Cada um destes testes é constituído por itens (tarefas motoras) ajustados à idade (Folio & Fewell, 2000).
- Os resultados são expressos em três domínios (Folio & Fewell, 2000):
 1. Quociente Motor Fino (QMF)
 2. Quociente Motor Grosseiro (QMG)
 3. Quociente Motor Total (QMT)

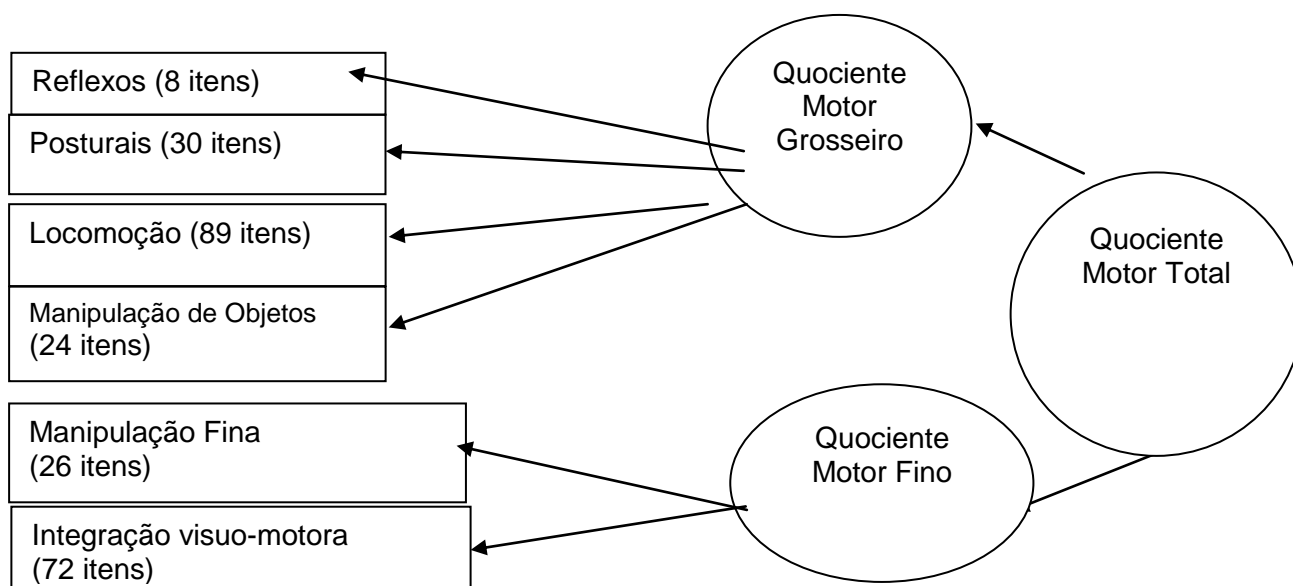


Gráfico 6- Estrutura da PMDS- 2

- d) O **Teste Movement Assessment Battery for children (ABC)**, é um teste psicométrico, elaborado por Henderson e Sugden, em 1992. Encontra-se organizado segundo um conjunto de testes motores que envolvem três grandes áreas: habilidades manuais, de equilíbrio e com bola. Permite identificar áreas fortes e fracas e avaliar as dificuldades motoras das crianças em idade pré escolar e escolar. É composto por quatro bandas que abrangem quatro períodos etários diferentes entre os 4 e os 12 anos, adaptando assim os itens avaliados. Inclui ainda uma checklist que visa a avaliação do comportamento adaptativo. O ABC permite obter uma informação qualitativa e quantitativa acerca do desempenho motor, sendo um dos testes mais utilizados na avaliação da funcionalidade motora de crianças (Henderson & Sugden, 1992 ; Chow, Henderson, & Barnett, 2001 e Wuang, Su, & Su, 2012).
- e) A **Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré escolar em Ambientes de Integração**, traduzida e adaptada de **Jonhson e Mandell**, 1988, por Teresa Brandão, 1991, é uma escala composta por 15 itens relativos a comportamentos sociais, que se assumem importantes para uma integração bem sucedida a nível do pré escolar. Cada item é cotado com + ou –, no que respeita às capacidades da criança como às capacidades gerais da sala de aula. Este instrumento possibilita assim a identificação de incongruências a nível das expectativas relativas às capacidades de cada criança, em comparação com as capacidades globais do grupo de crianças da sala de aula. Permite também identificar quais as áreas mais preocupantes ou os pontos fortes da criança (Johnson & Mandell, 1988).

Sucintamente, **depois de realizadas as avaliações psicomotoras**, é elaborado um relatório, com os respetivos resultados e *feedbacks*, que é discutido com a médica responsável por cada criança, e, posteriormente, entregue aos pais. Em anexo é possível consultar o exemplo de dois relatórios (Anexo X e XI). A partir deste momento, é então decidido o processo de intervenção a seguir ou é dada o seguimento de alta.

7- Atividades complementares

Segue-se uma descrição sucinta sobre as principais atividades complementares de formação realizadas durante o período de estágio.

Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento – Do Diagnóstico à Intervenção:

A par dos anos anteriores, o CDC, desenvolveu o Curso de Neuropediatria e Desenvolvimento, com a duração de 32 horas, nos dias 24, 25 e 26 de outubro de 2012. O curso foi administrado pelos médicos das várias especialidades e pelos técnicos do CDC, com o intuito de partilhar conhecimentos ao nível do diagnóstico e intervenção das perturbações neurológicas e do desenvolvimento. Esta oportunidade representou também uma excelente oportunidade de preencher, e contornar, lacunas que persistiam relativamente ao conhecimento sobre o funcionamento e metodologias de trabalho dos restantes técnicos do CDC.

III Jornadas da EstímuloPraxis:

O Centro de Desenvolvimento Infantil *Estímulo Praxis* organizou as III Jornadas com o tema “Investigação e Intervenção nas Perturbações do Desenvolvimento”, no dia 22 de fevereiro de 2013. Este encontro, surge como um momento de formação, e de partilha de conhecimentos e experiências, entre técnicos da área da saúde, da educação e social, estudantes e pais. O evento reuniu um conjunto de temáticas com o intuito de contribuir para a melhoria da qualidade de intervenção dos profissionais das diferentes áreas. Ao longo do dia foram debatidas questões fundamentais, como a importância da intervenção precoce e os sinais de alarme, a cirurgia de epilepsia, o método Cuevas Medek Exercise, assim como as perturbações relacionais e da comunicação, entre outras questões que auxiliam no desenvolvimento de competências parentais.

“Um outro olhar sobre Tecnologias em Reabilitação”:

O encontro, realizado no dia 19 de Abril de 2013, decorreu na sala de reuniões do HGO, com o intuito de divulgar o papel das tecnologias na melhoria das capacidades motoras e de comunicação da criança. Contou com a participação de vários engenheiros na área da reabilitação, comunicação e informática, docentes, médicos, técnicos de saúde e pais. Todos se empenharam em esclarecer acerca das tecnologias desenvolvidas em Portugal, o papel do Engenheiro de Reabilitação na adequação das mesmas às necessidades específicas da criança, bem como, questões relativas ao seu financiamento e realidade atual face à sua utilização.

Workshop: “ A utilização da Wii na Reabilitação”

O Workshop “Wii: A Utilização da Wii na Reabilitação” decorreu no segmento do evento “Um outro olhar sobre as Tecnologias em Reabilitação”, na sala de conferências do CDC. Foi dirigido pela terapeuta ocupacional do centro, teve como objetivo divulgar as potencialidades da Wii e dar a conhecer alguns dos jogos que podem ser utilizados com crianças com Necessidades Educativas Especiais. Neste encontro, foi ainda apresentado alguns dos trabalhos já realizados no CDC, através da visualização de alguns vídeos de crianças em terapia.

Brochura do CDC – Autismo

No âmbito das reuniões do grupo do espectro de autismo, realizei a par com uma estagiária de Educação, o folheto dedicado à problemática das PEA, com fim informativo. Esta brochura (disponível para consulta em Anexo), (e que ainda não foi editada até à data), foi idealizada com o intuito de estar ao dispor de pais e familiares, na sala de espera do CDC, bem como, dos médicos, como material de apoio e informativo, a entregar aos pais num primeiro contacto com a problemática.

CAPÍTULO IV | Estudos de caso

1- Exemplo de estudo de caso I – R.D.

1.1- Dados clínicos e desenvolvimentais

A gestação do R.D. decorreu dentro dos padrões normativos. O R.D nasceu a 11 de Julho de 2008, com 40 semanas, de parto eutócito, com 3,900g, 53 cm e 37 de perímetro cefálico. O índice de Apgar foi de 8 e 10. Não houve sinais de sofrimento fetal nem quaisquer problemas no pós-parto. A gravidez e período neonatal foram vigiados e sem intercorrências. No que se refere ao desenvolvimento, os pais referiram que o R.D adquiriu a marcha autónoma com cerca de 13 meses e que as primeiras palavras surgiram cerca dos 24 meses de idade, embora de difícil compreensão. O.R.D. usava muito os gestos e levava os pais de encontro aos objetos de interesse. Tem sido, no global, uma criança saudável. É o segundo filho de um casal não consanguíneo, e, segundo o histórico familiar, só o pai teve dificuldades na motricidade em criança. O irmão de 5 anos é saudável. Não foram referidas outras doenças familiares, nomeadamente, neurológicas, psiquiátricas ou do desenvolvimento.

1.2- Percurso socioeducativo e terapêutico

Atualmente, o R.D. vive com a mãe, com os avós, tio materno e o irmão. Os pais separam-se e desde os 2 anos que o R.D estabelece um contacto mais limitado com o pai, passando a vê-lo só aos fins de semana. Os pais caracterizam-no como uma criança meiga e inteligente, mas também um pouco “trapalhão” (o pai refere ter sido semelhante), muito dependente da rotina, com comportamentos, por vezes, demasiado sistemáticos/obsessivos. O primeiro sinal de preocupação dos pais, ocorreu por volta dos dois anos e meio, devido às dificuldades na linguagem.

Entrou para o infantário com 3 anos. Interage em pequenos grupos, relacionando-se com os adultos e os colegas, porém, no início, isolava-se muito devido às suas dificuldades na linguagem expressiva. Pelo mesmo motivo, começou a ser acompanhado em terapia da fala. A Educadora e Terapeuta que acompanhavam o R.D. com maior proximidade, revelam, nesta mesma altura, algumas preocupações para além do comprometimento da linguagem. O R.D. é referenciado como uma criança com dificuldades de atenção, concentração e contenção motora. Aos 4 anos começa a ser acompanhado no Hospital Garcia de Orta.

Em resultado da consulta de Desenvolvimento de Agosto de 2012 no CDC, o R.D. foi diagnosticado com atraso global do desenvolvimento psicomotor, com predomínio no desenvolvimento da linguagem, perturbação do desenvolvimento da coordenação motora e perturbação da relação socialização / perturbação regulatória do comportamento (autoagressão). Do relatório médico constam também as dificuldades significativas na atenção/concentração e a observação de agitação motora, pelo que o R.D. é reencaminhado para a avaliação em Psicomotricidade. Nos exames médicos realizados não foram detetados outros défices neurológicos ou sensoriais.

Recentemente, recebeu ainda apoio da Intervenção Precoce em contexto escolar. As maiores preocupações dos pais prendem-se com o desenvolvimento da linguagem expressiva e com o controlo e coordenação da motricidade fina. Atualmente, continua a ser seguido na consulta de Desenvolvimento por ADPM e PCM, sem apoio farmacológico.

1.3- Avaliação Inicial

O R.D foi observado em Psicomotricidade no âmbito da consulta de Reabilitação Pediátrica, por apresentar Atraso Global do Desenvolvimento, com predominância da linguagem, agitação motora, dificuldades na coordenação motora, de concentração e atenção. Desde o primeiro contacto, demonstrou ser uma criança simpática e participativa, contudo, interagindo de modo indiferenciado.

Realizou uma **avaliação inicial**, com 4 anos e 5 meses, em Dezembro de 2012, tendo por base o **Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky – 2ª edição e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**. Durante a avaliação, não se registaram alterações de humor ou desvios comportamentais significativos. Interagiu com facilidade, recorrendo frequentemente a gesticulações e verbalizando frases curtas. Revelou boa compreensão e esforço de trabalho, porém, dispersa-se com facilidade, sobretudo com o aumento do tempo da sessão e do grau de exigência das tarefas.

Nas tarefas relativas ao **equilíbrio**, o R.D não conseguiu manter a posição imóvel durante um período de tempo significativo. Revela, oscilações e desajustes posturais acentuados, bem como manifestações emocionais (movimentos faciais, risos) que parecem dificultar o seu desempenho. Permanece em equilíbrio estático, com o apoio dos dois pés e com os olhos abertos, revelando algumas oscilações e desequilíbrios. Em apoio na ponta dos pés e unipodal (pé coxinho), executa a tarefa apenas com ajuda física. A nível do equilíbrio dinâmico, observam-se menos dificuldades, realizando todas as tarefas pedidas autonomamente: salta com pés juntos para a frente, para trás e com os olhos fechados, exibindo desembaraço, mas revelando desequilíbrios e pouca coordenação motora. No apoio unipodal em movimento, observam-se oscilações significativas e reajustes posturais constantes. A evolução na trave revelou algumas dificuldades e coordenação imatura.

Em termos de **lateralização**, a nível ocular e manual, observa-se uma predominância direita, e auditiva e pedal mista. No que concerne à **noção do corpo**, reconhece e identifica as diferentes partes do corpo com sucesso. No entanto, foram observadas algumas manifestações tónico-emocionais quando existia um maior contato e proximidade física (oscilações e fuga com o corpo, risos). O. R.D, é capaz de reconhecer a mão direita, mas ainda revela insegurança no reconhecimento dos segmentos do seu lado esquerdo. No subteste da autoimagem, cumpre o objetivo da tarefa, mas com necessidade de reforço e mediação física. Na imitação de gestos, demonstra atenção, mas antecipa constantemente a tarefa, não esperando pelo fim da instrução para a iniciar, o que parece prejudicar a sua prestação. Esforça-se, executando todos os gestos apresentados, mas apenas completa uma forma corretamente. No desenho do corpo, observa-se uma grande amplitude da cabeça, comparativamente com a forma reduzida dos braços e pernas representados. São também visíveis algumas assimetrias, e pormenores faciais (e.g.: olhos, nariz e boca).

Relativamente à **estruturação espaço-temporal**, a criança revelou maior facilidade em tarefas de reconhecimento e memória visual, em curtos espaços de tempo. Apresenta boa prestação na reprodução imediata de uma sequência apresentada, porém, com o aumento gradual da complexidade das tarefas, há uma diminuição do seu desempenho. A impulsividade e pouca inibição motora são algumas manifestações que parecem influenciar a sua prestação. Não compreende a tarefa de organização, desorganizando-se e recusando-se a fazê-la.

Na **motricidade global**, nas tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-pedal, o desempenho é menos satisfatório. Observa-se pouca organização e planeamento da ação motora. A coordenação e autocontrolo motor são imaturos, verificando-se pouca agilidade na orientação e precisão do movimento com a bola, tanto a nível dos membros superiores, como inferiores. A tarefa de dissociação de membros inferiores e superiores, revela resultados semelhantes (pouco controlo e planeamento motor), que parecem, contudo, ter sido influenciados pela não compreensão da tarefa.

Na **motricidade fina**, a tarefa de preenchimento de formas é cumprida com êxito, mas com alguns desvios do traço e um padrão aleatório. O manuseamento e dobrar de folhas parece ser uma tarefa com grau de exigência significativo. Os resultados revelaram-se satisfatórios a nível do recorte. Nas provas de integração motora fina, onde se pretende a cópia de oito figuras geométricas, a forma básica das figuras foi mantida apenas em três das figuras apresentadas (círculo, quadrado e linha ondulada). Na coordenação e dinâmica manual, observa-se descoordenação, mas um planeamento motor adequado, embora se tenha verificado alguma desatenção e hesitação. Observaram-se manifestações emocionais ao longo de todas as atividades (movimentos bocais, serrar dos dentes e alguma inquietação motora), pouca destreza e fluidez dos movimentos dos dedos e mãos, bem como, rigidez na preensão e fraca coordenação manual.

No geral, com esta avaliação, verificou-se que o R.D. apresentava um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, abaixo do esperado para a sua idade cronológica. Apresentou como áreas fortes a noção do corpo, a lateralização, o nível de compreensão e o empenho. Revelaram-se lacunas significativas, a nível do equilíbrio, coordenação motora grossa e fina. Propôs-se intervenção em Psicomotricidade com carácter semanal.

1.4- Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

Considerando a análise da avaliação inicial do R.D., as áreas observadas como mais fortes e prioritárias, formulou-se o seguinte plano de Intervenção, conjuntamente com a Técnica, atendendo às prioridades da Médica responsável e dos Pais do R.D.. Os objetivos de intervenção delineados, tiveram ainda em atenção as diretrizes de intervenção para a PCM e o ADPM, descritas no enquadramento teórico.

<p>Duração: 5 meses Periodicidade: semanal 45 minutos por sessão –total 22: Divisão das sessões: 2 Sessões (Dezembro)– Avaliação Psicomotora 15 Sessões (de 27 de Fevereiro a 20 de Junho) – Intervenção Psicomotora 2 sessões (27 de Junho e 10 de Julho): - Avaliação Final</p>	
Estrutura Geral Programa	
Recursos	Material disponível no CDC.
Objetivos	<p>Objetivo geral: Desenvolver Motricidade fina (1) Objetivo específico (a) - Desenvolver a integração visuo-manual Objetivos comportamentais (OC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corresponder objetos com características semelhantes (e.g.: agrupar objetos com as mesmas cores/formas: arcos e cones; figuras geométricas) - Enfiar um conjunto de contas num cordel - Construir uma torre de 10 cubos ou mais. <p>Objetivo específico (b) - Desenvolver destreza e precisão de movimentos OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir formas com plasticina; - Realizar trabalhos de recorte e colagem; - Realizar percursos gráficos picotados e em labirinto. <p>Objetivo específico (c) - Desenvolver as capacidades gráficas OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melhor a pega do lápis; - Colorir uma figura dentro dos limites estabelecidos; - Copiar formas geométricas (e.g.: círculo, quadrado);

- Desenhar com aquarelas.

Objetivo geral: Promover a motricidade global (2)

Objetivo específicos (a)- Desenvolver movimentos e competências globais complexas

OC:

- Lançar a bola com uma mão em direção a um alvo de 3m de distância;
- Pontapear a bola em direção a um alvo de 3m de distância;
- Realizar saltos com dois e/ou um pé.

Objetivo específico (b) - Desenvolver o equilíbrio

OC:

- Caminhar sobre uma linha/banco sueco.
- Caminhar ao longo de um banco sueco, receber e lançar a bola.
- Melhorar o controlo postural em cima de superfícies instáveis (ex. esponjas, bolas terapêuticas, baloiço, etc).

Objetivo Geral: Promover a Estruturação Espaço-Temporal (3)

Objetivo específico (a) - Desenvolver a estruturação espacial.

OC:

- Organizar o corpo num espaço definido;

Objetivo Geral: Desenvolver a noção de corpo (4)

Objetivo específico (a) - Desenvolver a capacidade somatognósica.

OC:

- Identificar diferentes segmentos do corpo;

Objetivo geral: Desenvolver competências cognitivas (4)

Objetivo específico (a) - Promover capacidade de atenção

OC:

- Ser capaz de identificar diferentes estímulos
- Ser capaz de reduzir a agitação motora (e.g.: acalma-se)
- Aumentar períodos de atenção e participação nas tarefas.

Objetivo específico (b) - Promoveu capacidade de execução

OC:

- Construir puzzles;

Objetivo geral: Estimular o desenvolvimento da linguagem e comunicação (5)

Objetivo específico (a) - Desenvolver capacidade de expressão

OC:

- Aumentar o tempo em diálogo
- Melhorar capacidade de se expressar verbalmente.

Objetivo geral: Desenvolver competências sociais (6)

Objetivo específico (a) - Desenvolver as capacidades de interação social

OC:

- Partilhar brinquedos durante a interação com o adulto;
- Aguardar a sua vez no jogo;
- Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras.
- Ser capaz de escolher uma entre várias opções

Estratégias	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e técnico; ✓ Utilizar sempre a mesma estrutura nas Sessões; ✓ Estruturar as sessões partindo de tarefas mais simples para as mais complexas; ✓ Complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário, facilitando a sua compreensão; ✓ Fornecer feedbacks relativos ao desempenho e incentivar comportamentos positivos durante a concretização das atividades; ✓ Maximizar as áreas fortes, como estratégia para desenvolver as menos fortes; ✓ Utilizar objetos mediadores da atividade, que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento; ✓ Corrigir ou ignorar comportamentos indesejados.
--------------------	--

Tabela 5 - Plano pedagógico-terapêutico R.D.

1.5- Intervenção Psicomotora

O R.D. iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade, com a estagiária, no dia 4 de Dezembro de 2012, com a avaliação inicial, e terminou no dia 20 de Junho de 2013, (seguindo-se 2 sessões de avaliação). Durante este período de intervenção, estavam previstas 18 sessões das quais apenas se realizaram 16 (89%), não se realizaram 2 sessões (11%), por motivos de falta da criança e doença da técnica.

Da observação realizada em **contexto de Intervenção**, de um modo geral, o R.D, demonstrou cooperação e respeito pelo cumprimento de regras e tarefas propostas, aderindo e participando de forma assertiva. É uma criança ativa, sempre muito bem disposta, solicitando, naturalmente, a realização de atividades do seu interesse. Inicialmente, por este mesmo motivo, dispersava com muita facilidade, raramente terminando as tarefas em que se envolvia, correndo pelo espaço e explorando os vários objetos da sala terapêutica. É uma criança atenta e observadora, questionando a estagiária sobre as utilidades dos materiais, ou desafiando-a para os iniciar numa nova atividade. A presença de vários estímulos (visuais, sonoros, etc.) parece comprometer o seu desempenho, pois demonstra maior dificuldade em se organizar e manter a atenção. Torna-se necessário, nestes momentos, um maior reforço e correção da sua atitude. Normalmente, o R.D. é capaz de ouvir o adulto e reajustar o seu comportamento por um certo período de tempo.

Pretendeu-se em primeiro lugar, organizar o R.D, no sentido de facilitar o seu envolvimento nas dinâmicas com a estagiária, estimulando, de forma gradual, o vivenciar de situações que promovessem maiores períodos de atenção conjunta, o respeito pelas tarefas propostas, bem como, a sua participação espontânea. Adotou-se como estratégia o registo gráfico das atividades do dia no quadro da sala terapêutica, em trabalho conjunto do R.D. com a estagiária, como rotina inicial de cada sessão. As tarefas eram acordadas entre ambos, alternando entre as escolhas de cada um. O R.D. acedia às propostas da estagiária e, era igualmente capaz de identificar, pelo menos, uma atividade do seu interesse. Muitas vezes, este registo era realizado sobre a forma de desenho.

Posteriormente, valorizou-se uma maior estruturação das sessões, dando lugar a um espaço previamente organizado e procedendo ao registo gráfico apenas no final das sessões. Procurou-se ir ao encontro dos gostos e interesses da criança, de forma a captar a sua atenção, e a estimular globalmente todas as áreas do desenvolvimento. Constatou-se, que com menos possibilidades de escolha e o reforço adequado (verbal, sonoro, visual e físico), a tendência para a dispersão era também mais reduzida, revelando maior organização e planeamento das suas ações. Mostra, inclusive, mais

empenho e esforço, diminuindo igualmente a tendência para a antecipação da tarefa. Os pais foram convidados a acompanhar e participar em seis das sessões realizadas. O trabalho concretizado foi assim bastante versátil e rico.

As atividades desenvolvidas com o R.D. recaíram principalmente sobre as áreas de desenvolvimento que foram apresentados como objetivos pedagógico terapêuticos, como ilustra o gráfico 7. Em anexo é possível consultar as atividades de cada sessão, de forma mais pormenorizada (Anexo XIII).

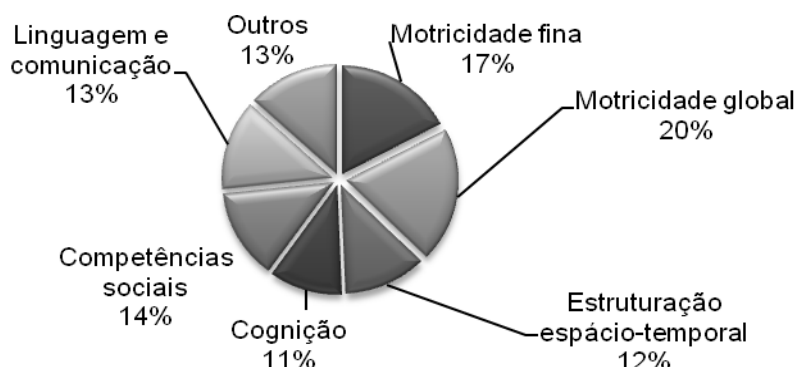


Gráfico 7 - Domínio das atividades desenvolvidas

Verificou-se uma maior motivação e, conseqüentemente, melhor desempenho, por atividades de cariz motor. O R.D gosta de correr pelo espaço, de saltar no trampolim, percorrer circuitos de obstáculos, puzzles e de atividades musicais. As atividades gráficas e de mesa, são onde se verificam desempenhos mais fracos e uma maior dispersão. Contudo, apesar das dificuldades significativas nesta área, o R.D. revela um maior esforço de trabalho e persistência nestas tarefas, raramente desistindo antes de cumprir o objetivo que lhe era proposto, ou de terminar as atividades. A inclusão paralela de tarefas que envolvam ações motoras, alcançam, normalmente, mais facilmente os objetivos traçados e o sucesso.

1.6- Avaliação Final

Após quatro meses de Intervenção, realizou-se uma **reavaliação**, utilizando novamente o **Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky – 2ª edição e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**. Verificou-se que o R.D. apresenta um perfil de desenvolvimento heterogêneo, apresentando como áreas fortes a noção corporal, a lateralidade e o empenho. Observaram-se maiores dificuldades a nível do controlo e equilíbrio postural, e da motricidade fina. Constataram-se diferenças nos resultados de alguns dos subtestes comparativamente ao momento de avaliação inicial.

Os resultados da reavaliação serão descritos e analisados de forma crítica e qualitativa, objetivando estabelecer um paralelo entre os dois momentos de avaliação.

Durante o processo de reavaliação o R.D. apresentou-se bem disposto e cooperante, interagindo frequentemente com a estagiária. Demonstrou uma boa compreensão pelas instruções dadas e respeito pelas regras propostas, envolvendo-se nas tarefas de forma a cumprir os seus objetivos. Alterna entre momentos de calma, organização, e, outros, de grande agitação, dispersando a sua atenção. Por vezes, sobretudo, em momentos de maior cansaço, ou com o aumento do grau de exigência dos exercícios, foi necessário corrigir a sua atitude e postura (verbalmente e fisicamente) de modo a terminar as tarefas.

A nível do **controlo postural e do equilíbrio**, o R.D. continua a apresentar grandes dificuldades em manter a posição imóvel, sobretudo, em tarefas com base de

sustentação reduzida (equilíbrio na ponta dos pés e sobre um pé). Porém, é capaz de permanecer por um período de tempo mais longo (ainda que pouco significativo) na posição imóvel e os desequilíbrios são também menos abruptos. Revelou melhorias a nível do apoio unipedal esquerdo, demonstrando um maior controlo da postura. Em situações de equilíbrio dinâmico, os resultados são também mais satisfatórios.

As provas de **lateralidade** revelaram resultados bastante satisfatórios no segundo momento de avaliação, tendo-se observado uma maior definição do lado predominante. O R.D. apresenta assim, uma lateralidade destra a todos os níveis (ocular, auditivo, manual e pedal).

Observou-se maior segurança e organização das aquisições relativas à **noção corporal**. Verificou-se uma boa capacidade de identificação e verbalização das várias partes do corpo, maior recetividade ao toque (não revelando manifestações emocionais significativas como na primeira avaliação), e melhorias ao nível do reconhecimento da direita e da esquerda. O desenho do corpo revela diferenças significativas e um maior investimento. Inicialmente, o desenho era pobre, sobre a forma de rabiscos, pouco investido e sem a distinção de pormenores anatómicos. Atualmente, é possível observar proporções mais adequadas e a inclusão de diferentes segmentos corporais. Constatou-se resultados mais satisfatórios na reavaliação nas provas de autoimagem e imitação de gestos, apresentando uma organização percetivo-visual adequada.

Na **estruturação espaço-temporal**, o R.D. continua a apresentar maior facilidade em tarefas de reconhecimento e memória visual, em curtos espaços de tempo. Os resultados são menos satisfatórios com o aumento do grau de complexidade das tarefas. No que concerne à **motricidade grossa**, observou-se melhorias a nível da coordenação simultânea dos membros superiores e inferiores, da destreza e velocidade de execução. O R.D. mostra, inclusive, nas tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-pedal, uma correta organização para a atividade e planeamento da sua ação.

As provas de **motricidade fina** continuam a revelar um nível de dificuldade significativo. Verificou-se melhorias ao nível do controlo do traço. O R.D. não ultrapassa tanto o limite definido na prova de preenchimento de figuras, porém, continua a apresentar uma fraca fluidez e controlo dos movimentos, revelando um esforço de trabalho bastante significativo e desempenhos mais fracos. Nas provas de integração motora fina, onde se pretende a cópia de figuras geométricas, observou-se uma maior semelhança e manutenção da forma básica e proporções mais adequadas. Continua a ter dificuldade na cópia de figuras mais complexas. Registou-se também um melhor desempenho na prova de destreza manual no segundo momento de avaliação.

De um modo geral, o R.D. revela boa compreensão e esforço de trabalho, dispersa, com o aumento do tempo da sessão e do grau de exigência das tarefas. Concluiu-se, que o **R.D., apresenta um perfil de desenvolvimento heterogéneo**, apresentando como áreas fortes a noção corporal, lateralidade e o empenho. Observaram-se maiores dificuldades a nível do controlo e equilíbrio postural e da motricidade fina.

1.7- Conclusões

No gráfico 8, é possível observar, através de uma escala de cotação, as diferenças obtidas nos dois momentos de avaliação, através da Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca. Foram cotadas as pontuações obtidas na avaliação inicial e final, pelo que o gráfico permite estabelecer uma relação com base nas pontuações máximas possíveis, e no valor bruto obtido pelo R.D..

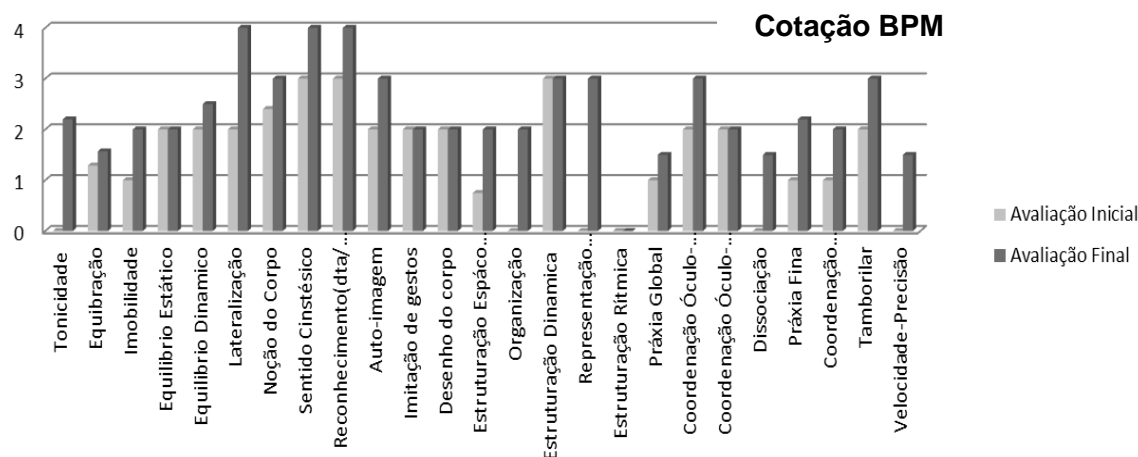


Gráfico 8 - Cotação da BPM - R.D.

Como podemos constatar, o R.D., apresentou melhorias em quase todos os subfactores, à exceção da estruturação dinâmica e rítmica. Destacam-se maiores evoluções nos fatores da tonicidade, ao qual o R.D. resistiu à realização numa primeira avaliação, na lateralização, onde inicialmente se verifica uma pontuação de 2 pontos, e no fim de 4; da noção do corpo, evoluindo 0,6 pontos; estruturação espaço-temporal, onde conseguiu uma progressão de 1,25 pontos e da praxia fina, tendo subido 1,2 pontos num segundo momento de avaliação. Na avaliação inicial, o R.D, apresentava uma pontuação total de 9 pontos, revelando um perfil de desenvolvimento dispráxico, e na avaliação final um valor de 16 pontos, o que corresponde a um perfil eupráxico. De salientar que estes resultados poderão ter estado relacionados com um maior empenho do R.D, melhorando a sua atitude e disposição para as tarefas. O nível de organização e planeamento motor, revelaram-se também mais adequados, o que possibilita a observação de melhores desempenhos.

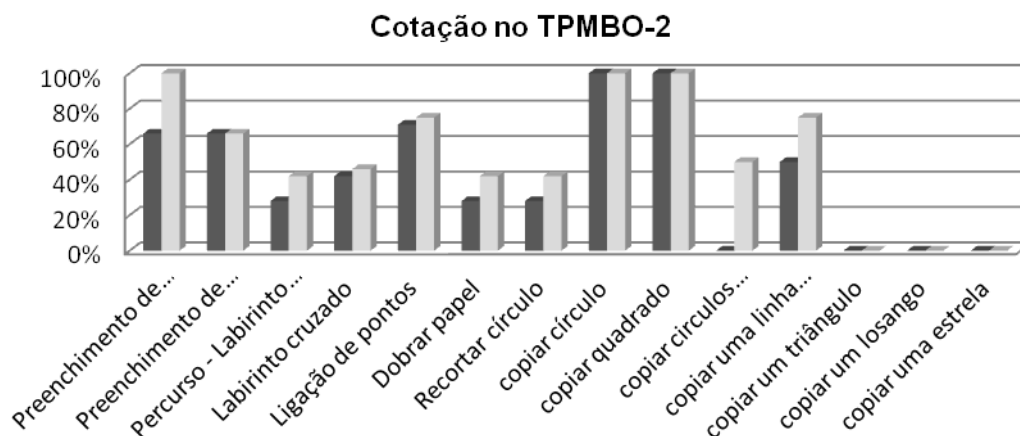


Gráfico 9 - Cotação TPMBO-2 R.D.

Para a cotação do TPMBO-2, considerando que cada exercício tinha um intervalo de cotação diferente, dentro do mesmo subteste, observou-se a necessidade de transformar os valores em percentagens, pelo que se usou a forma de probabilidade de casos favoráveis/casos possíveis. Deste modo, no teste precisão motora fina o R.D. poderia ter alcançado um total de 41 pontos, e concluiu a prova com 18 pontos iniciais e com 19 na prova final. Cada tarefa pode ser cotada com um máximo de 7 pontos, à exceção do preenchimento das formas (círculo e estrela), onde o total possível são 3

pontos. No teste da integração motora fina, cada tarefa é cotada numa escala numérica que varia entre 0 a 6. O R.D. poderia alcançar como valor máximo um valor de 40 pontos, atingindo a pontuação de 11 valores numa fase inicial, e 17 na avaliação final. Assim, comparativamente a uma avaliação inicial, o R.D teve uma melhoria de 1 valor (2%) no subteste da precisão motora e de 6 valores (15%) na integração motora fina.

Relativamente aos objetivos previamente delineados, podemos constatar melhorias ao nível das capacidades de integração visuo-manual, das capacidades gráficas, da coordenação dos movimentos em tarefas globais complexas (como lançar e pontapear uma bola pelo espaço), no equilíbrio e controlo postural, na capacidade de atenção e de interação social. **Atualmente o R.D** mantém a atenção conjunta por períodos mais longos, mostra maior contenção da atividade motora, e, consequentemente, períodos de maior calma. Pede inclusive, para descansar quando se encontra mais cansado, tendo adquirido o domínio de exercícios de autorregulação (realiza exercícios de respiração deitado sobre um colchão ou conta até 10 antes de retomar o trabalho). Verifica-se também melhorias ao nível da segurança e do desempenho em atividades que envolvem a motricidade grossa e o controlo do corpo no espaço. Inicialmente, o R.D. apresentava alguns comportamentos de risco, percorrendo plataformas instáveis e atirando-se para a piscina de bolas de forma impulsiva, ou, contrariamente, necessitava de ajuda para se equilibrar. Presentemente, executa as atividades com maior independência, percorre pistas de obstáculos por etapas diferenciadas, lança e pontapeia a bola (ou outros objetos), tendo em atenção a trajetória definida, salta com pés juntos para a frente, para trás e com os olhos fechados. É também capaz de iniciar e terminar uma tarefa, realizar e respeitar jogos de regras e esperar pela sua vez.

Apesar destas evoluções, o R.D. continua a apresentar dificuldades em várias áreas do desenvolvimento, sendo importante estimular globalmente todas as áreas, bem como, a continuidade dos apoios. Será importante ter em atenção a evolução da situação e reavaliar periodicamente. No final da intervenção e após a conclusão da reavaliação psicomotora, agendou-se uma reunião com os pais e a médica de Reabilitação Pediátrica. Foi dado a conhecer as principais informações sobre o processo de intervenção, as dificuldades e as evoluções sentidas. O R.D. recebeu alta da Psicomotricidade no início de Julho, pela falta de resposta do CDC neste âmbito (pelas razões já adiantas), após a saída da estagiária. Sugeriu-se que o R.D. poderia beneficiar da integração numa atividade física que potencialize a melhor coordenação, equilíbrio e agilidade, como a natação e uma arte marcial, tendo sido disponibilizado um conjunto de estratégias aos pais para a continuidade do trabalho em contexto familiar (Anexo XIV).

2- Exemplo de estudo de caso II- J.C.

2.1- Dados clínicos e desenvolvimentais

A gestação do J.C. decorreu dentro dos padrões normativos. O J.C. nasceu a 10 de Julho de 2006, com 39 semanas, com 3,420g, 50 cm e 34,5 de perímetro cefálico. O índice de Apgar foi de 9 e 10. A gravidez e período neonatal foram vigiados e sem intercorrências. Não houve sinais de sofrimento fetal nem quaisquer problemas no pós-parto. Tem sido, no global, uma criança saudável. No que se refere ao desenvolvimento, os pais referem ter adquirido a marcha e a linguagem na idade chave. O J.C. é o segundo filho de um casal não consanguíneo. Na família conhecem-se doenças herodofamiliares: patologia cardiovascular e neoplásica. O irmão de 11 anos, apresenta dificuldades globais de aprendizagem. Não foram referidas outras doenças familiares, nomeadamente, neurológicas, psiquiátricas ou do desenvolvimento.

2.2- Percurso socioeducativo e terapêutico

O J.C. atualmente vive com os pais e mais dois irmãos. O irmão mais velho, no momento com 11 anos, como referido tem vindo a ter dificuldades no percurso académico e acompanhamento psicológico. A irmã de 3 anos tem vindo a ter um desenvolvimento saudável.

Os pais caracterizam o J.C., como uma criança competitiva, que demonstra com frequência um comportamento de oposição e desafio, provocando os pais e os irmãos constantemente. Referem que ele tem dificuldades em seguir regras e lidar com a frustração. Segundo o pai, o J.C. “fica muito alterado quando se zanga”. Desde que nasceu a irmã referem uma maior necessidade de o chamar à atenção. Integrou o externato desde os 2 anos. As informações da Educadora são inicialmente positivas, revelando uma boa adaptação. Entra para a pré-primária da escola oficial aos 5 anos.

O primeiro sinal de preocupação dos pais em relação ao J.C., ocorreu por volta dos 4 anos e 6 meses, por manter dificuldades na aprendizagem das cores. Desde esta altura que é acompanhado no Hospital Garcia de Orta. Em resultado da consulta de Desenvolvimento em Janeiro de 2011, no CDC, o J.C. foi diagnosticado com perturbação de hiperatividade e défice de atenção, perturbação do comportamento e perturbação da coordenação motora. Nos exames médicos realizados não foram detetados outros défices neurológicos ou sensoriais. Foi reencaminhado para a Psicomotricidade em Agosto de 2011, onde seguiu acompanhamento individual com a Técnica (Dr.^a Joana Carvalho), e integrou, posteriormente, intervenção em grupo. Em Fevereiro de 2012 é avaliado em psicologia, que indicou ser uma criança simpática com um contacto fácil, embora ainda imaturo a nível afetivo e relacional. Nesta avaliação, o J.C. apresentou muitas dificuldades na atenção, alguns erros articulatórios e uma linguagem também imatura, manteve uma instabilidade motora e alguma impulsividade, o que, segundo o relatório da avaliação, teve repercussões nas suas atitudes e comportamentos. Na prova de inteligência de WPPSI-R, o J.C. apresentou uma capacidade cognitiva global normal. Manteve o apoio em Psicomotricidade.

As preocupações atuais dos pais prendem-se com o seu comportamento, sobretudo, a nível escolar. Continua a ser seguido na consulta de Desenvolvimento por PHDA e PCM, sem apoio farmacológico.

2.3- Avaliação Inicial

O J.C. foi referenciado no seguimento da consulta de Desenvolvimento, por apresentar PCM e dificuldades da atenção. Num primeiro momento, demonstra ser uma criança simpática e estabelece um contacto inicial adequado. Iniciou intervenção com a estagiária em Janeiro de 2013, em continuidade do acompanhamento pela Técnica de Psicomotricidade. Pelo mesmo motivo, os dados recolhidos inicialmente, tiveram em consideração o trabalho já desenvolvido e as informações da avaliação inicial realizada pela Dr.^a Joana Carvalho:

O J.C. realizou uma **avaliação inicial**, com 5 anos e 2 meses, em Setembro de 2011, tendo por base o **Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky – 2ª edição e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**. Durante os vários momentos de avaliação, o J.C. mostrou-se pouco cooperante, apresentando momentos de fuga e manipulação das atividades. Recusa fazer as tarefas e dispersa com facilidade, pelo que o seu comportamento poderá ter prejudicado o seu desempenho. Com esta avaliação, verificou-se dificuldades em várias áreas do desenvolvimento, sobretudo, a nível do equilíbrio, da estruturação espaço temporal, motricidade fina e da coordenação motora global, bem como, um desenvolvimento emocional imaturo. Apresentou como áreas fortes a noção do corpo, a lateralização e o nível de compreensão. Propôs-se intervenção em Psicomotricidade com carácter semanal.

2.4- Plano de Intervenção Pedagógico-Terapêutico

Considerando a avaliação feita inicialmente pela Técnica de Psicomotricidade, bem como, as suas observações relativamente ao J.C. e ao trabalho que tinham desenvolvido até à data, formulou-se um plano de intervenção, atendendo às prioridades da Médica responsável e dos Pais do J.C.. Os objetivos de intervenção delineados, tiveram ainda em atenção as dificuldades específicas apresentadas, considerando a sua repercussão nas aprendizagens escolares, assim como, as diretrizes de intervenção para a PCM e a PHDA, descritas no enquadramento teórico.

Estrutura Geral Programa	<p>Duração: 6 meses.</p> <p>Periodicidade: semanal 45 minutos por sessão – total: 23 sessões.</p> <p>Divisão das sessões:</p> <p>21 Sessões (23 de Janeiro a 18 de Junho) – Intervenção Psicomotora</p> <p>2 sessões (25 de Junho e 2 de Julho): - Avaliação Final</p>
	<p>Recursos Material disponível no CDC.</p> <p>Objetivos</p> <p>Objetivo Geral: Desenvolver a Motricidade fina (1)</p> <p><u>Objetivo específico (a)</u> - Desenvolver a coordenação visuomanual</p> <p>Objetivos comportamentais (OC):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Corresponder objetos com características semelhantes (e.g. – agrupar objetos com as mesmas cores/formas); - Realizar dobragens de papel simples; - Recortar papel seguindo o tracejado. <p><u>Objetivo específico (b)</u> - Desenvolver a destreza e precisão de movimentos</p> <p>OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Construir formas com plasticina; - Realizar trabalhos de recorte e colagem; - Realizar percursos e labirintos gráficos cronometrados no tempo; - Realizar puzzles. <p><u>Objetivo específico (c)</u> - Desenvolver as capacidades gráficas</p> <p>OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Colorir uma figura dentro dos limites estabelecidos; - Copiar formas geométricas (e.g.: círculo, quadrado); - Desenhar com diferentes materiais (e.g.: aguarelas, lápis de cera). <p>Objetivo Geral: Promover a motricidade global (2)</p> <p><u>Objetivo específico (a)</u> - Desenvolver movimentos globais complexos</p> <p>OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Saltar em apoio unipodal; - Manter o controlo postural em superfícies instáveis; - Lançar e pontapear a bola em direção a um alvo de 5 m. <p>Objetivo Geral: Desenvolver a estruturação espaço-temporal (3)</p> <p><u>Objetivo específico (a)</u>: Desenvolver a estruturação espaço-temporal</p> <p>OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar e organizar o corpo num determinado espaço; - Localizar um objeto e/ou pessoa dentro de um espaço definido. - Localizar um objeto e/ou pessoa em relação ao seu corpo no espaço definido. <p>Objetivo Geral: Desenvolver competências cognitivas (4)</p> <p><u>Objetivo específico (a)</u> – Promover a capacidade de atenção</p> <p>OC:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aumentar períodos de atenção e de participação nas tarefas; - Melhorar a contenção de comportamentos de instabilidade motora; - Realizar uma tarefa até ao fim.

Estratégias	Objetivo Geral: Estimular o desenvolvimento da linguagem e comunicação (5) <u>Objetivo específico (a)</u> - Desenvolver a capacidade de expressão OC: <ul style="list-style-type: none"> - Verbalizar sentimentos vivenciados. - Refletir e expressar de formas distintas (verbal, gráfica, dramatização) os trabalhos realizados.
	Objetivo Geral: Desenvolver competências sociais (6) <u>Objetivo específico (a)</u> -Desenvolver as capacidades de interação social OC: <ul style="list-style-type: none"> - Participar em jogos e atividades propostas cumprindo regras; - Aguardar a sua vez no jogo; - Partilhar objetos durante a interação com o adulto; - Diminuir comportamentos de desafio e de oposição.
	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e técnico; ✓ Utilizar sempre a mesma estrutura nas sessões; ✓ Estruturar as sessões de tarefas mais simples para as mais complexas; ✓ Complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário ✓ Fornecer feedbacks relativos ao desempenho e incentivar comportamentos positivos durante a concretização das atividades; ✓ Maximizar as áreas fortes, recorrendo como estratégia para o desenvolver de áreas menos fortes; ✓ Utilizar objetos mediadores da atividade, que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento;

Tabela 6 - Plano pedagógico-terapêutico J.C.

sejados.

2.5- Intervenção Psicomotora

Como é possível observar na tabela anterior, o J.C iniciou o acompanhamento em Psicomotricidade com a estagiária no dia 23 de Janeiro de 2013 e terminou a 18 de Junho de 2013, seguindo-se 2 sessões de avaliação. Estavam previstas 21 sessões das quais apenas se realizaram 18 (86%), 3 das sessões (14%) não se realizaram por motivos de falta da criança.

Em **contexto de Intervenção**, o J.C. demonstrou ser um menino simpático e que gosta de “controlar” as atividades. Por esse mesmo motivo, inicialmente recusava o envolvimento da estagiária nas suas dinâmicas, brincando de forma isolada. De um modo geral, apresentou uma boa compreensão das instruções dadas, contudo, mostrou dificuldade no cumprimento de regras e na gestão da frustração. Apresentou um gosto especial por jogos de mesa, puzzles, pela pintura e em fazer experiências com aguarelas (pintar com várias partes do corpo e juntar diferentes cores). Recusou, regra geral, todas as atividades de cariz mais motor, mesmo que estas fossem propostas em forma de jogo ou selecionadas por si. Raramente terminava estas tarefas, fazendo alguma birra (gritava e recusa-se a cooperar) enquanto não fosse permitido realizar alguma atividade do seu interesse. Esta atitude foi observada perante atividades mais estruturadas como livres.

Numa fase posterior, o J.C. mostrou-se mais afetivo e interessado, acedendo às propostas e revelando menos comportamentos de birras ou desafio. Demonstrou um maior envolvimento nas dinâmicas com a estagiária, sendo capaz de partilhar os objetos e pedir a sua ajuda ou companhia para as atividades. Observou-se um crescimento gradual da atenção conjunta e do tempo de permanência nas atividades. O J.C. revelou um bom empenho em muitas tarefas, cumprindo os seus objetivos de forma prazerosa.

Assistiu-se também a melhorias na negociação das atividades, realizando-se um trabalho mais diversificado e rico.

Porém, de salientar que esta dificuldade inicial em negociar a participação do J.C. nas dinâmicas propostas ou aceder a um maior envolvimento da estagiária nas suas tarefas, conduziu a que o trabalho realizado tivesse seguido uma linha mais livre e natural, de acordo com os interesses e preferências do J.C. Houve, portanto, uma maior aposta no desenvolvimento de uma relação segura, de confiança, entre a estagiária e o J.C. e, só numa fase posterior, é que as atividades seguiram mais de encontro aos objetivos previamente delineados, visando o estímulo das áreas consideradas como prioritárias (anexo XV). O gráfico 10, representa as áreas de desenvolvimento predominantes nas atividades desenvolvidas com o J.C.:

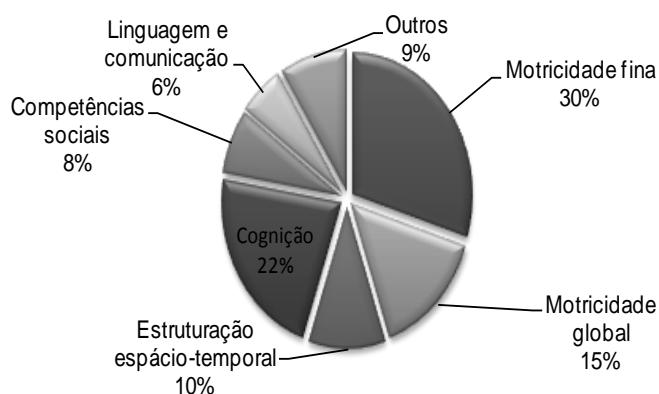


Gráfico 10- Domínio das atividades desenvolvidas

2.6- Avaliação Final

O J.C. foi reavaliado, **com 6 anos e 11 meses**, após cinco meses de Intervenção. Utilizou-se novamente o **Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky – 2ª edição** e a **Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca**.

Verificou-se que o J.C. apresentou um perfil de desenvolvimento heterogéneo, abaixo do esperado para a idade, apresentando como áreas fortes a lateralidade, a noção corporal e a coordenação motora fina. Observaram-se maiores dificuldades a nível do controlo postural em situações de equilíbrio dinâmico, da estruturação espaço-temporal e na coordenação global. Constataram-se diferenças significativas nos resultados de alguns dos subtestes relativamente à avaliação inicial.

O J.C. mostrou uma atitude diferente ao longo da avaliação. Num primeiro momento, apresentou-se bastante esforçado e cooperativo, e, numa fase posterior, revelou muita pouca disponibilidade, recusando-se a fazer a maior parte das tarefas. Este comportamento poderá ter influenciado o seu desempenho. Evidenciou uma boa compreensão das tarefas, revelando ser capaz de se manter envolvido e atento, fazendo, inclusive, observações verbais sobre as atividades. Apresentou maiores graus de dispersão em fases de maior cansaço, ou com o aumento da complexidade das tarefas.

A nível do **controle postural**, que inclui o equilíbrio e a coordenação dos segmentos, o J.C., comparativamente a um contacto inicial, adere mais às tarefas propostas. Porém, apresenta dificuldade em permanecer por um período de tempo na posição estática e, no controle do corpo, em tarefas em que a sua base de sustentação é reduzida (e.g.: equilíbrio em ponta dos pés, apoio num pé), revelando oscilações corporais e manifestações emocionais (risos, verbalizações). Continua a apresentar maiores dificuldades em permanecer em equilíbrio sobre o apoio do pé esquerdo, relativamente ao direito. No que diz respeito à **noção de corpo**, é capaz de identificar e nomear várias partes do corpo em si e no outro. Observou-se melhorias ao nível do reconhecimento da direita e da esquerda e do desenho do corpo. Inicialmente o desenho era pobre, com poucos pormenores anatómicos. Atualmente, é possível observar proporções mais adequadas e a inclusão de diferentes segmentos corporais. Ainda no que diz respeito à noção corporal, na imitação de gestos que envolve a receção, análise, retenção e reprodução de posturas e gestos, apresenta dificuldades de memorização das sequências de gestos e na sua reprodução.

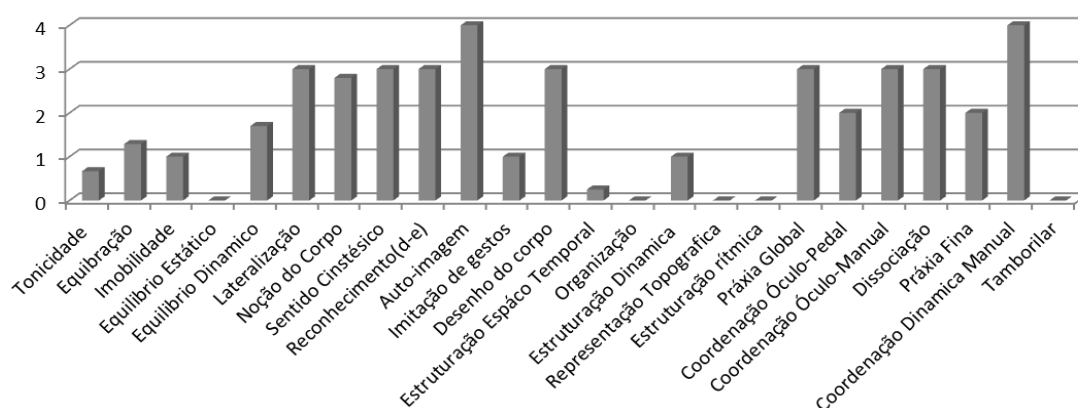
Apresentou uma **lateralização** bem definida, sendo maioritariamente destro. Revela apenas uma lateralização mista a nível ocular. Não foi possível cotar as tarefas relativas à **estruturação espaço temporal**, o J.C. mostrou-se pouco disponível em colaborar nas tarefas deste subfator. Na realização de **exercícios motores globais**, apresentou um desempenho satisfatório, demonstrando um adequado planeamento motor e coordenação dos movimentos podais e manuais com referências perceptivo-visuais. No que diz respeito à dissociação de membros, apresenta bons resultados, observando-se maiores lacunas na planificação e execução motora de gestos sequencializados e simultâneos entre mãos e pés.

No controle da **motricidade fina**, existem dois subtestes a ter em atenção: precisão motora fina e integração motora fina. Referente à precisão motora fina, verificou-se melhor desempenho em atividades de preenchimento de formas e nas tarefas de dobrar e recortar o papel. Evidenciou uma boa preensão, manipulação, bem como, dissociação digital. Na integração motora fina, pretendeu-se a cópia de oito figuras geométricas. Os movimentos do J.C. revelaram-se eficazes, copiando com êxito, as figuras de forma prazerosa e empenhada. Revelou menor sucesso apenas na cópia de figuras mais complexas (estrela e dois lápis sobrepostos), contudo, manteve a forma básica e a dimensão das figuras, demonstrando uma boa organização visuomotora fina.

2.7- Conclusões

Ao longo de toda a intervenção realizada e das tarefas cumpridas relativas à reavaliação, verificou-se que o J.C. revelou continuar a necessitar de atividades estruturadas, preferencialmente com envolvimento motor, que lhe possibilite trabalhar áreas psicopedagógicas de uma forma mais espontânea e informal. É importante salientar também a necessidade de uma maior gestão da sua capacidade de auto controle e tolerância à frustração. Com atividades mais curtas e com um nível de dificuldade adequado, o J.C. consegue realizar as tarefas com maior sucesso. A vontade em comunicar com o outro, bem como a afetividade, são características que devem ser potenciadas a favor da continuidade de uma evolução positiva.

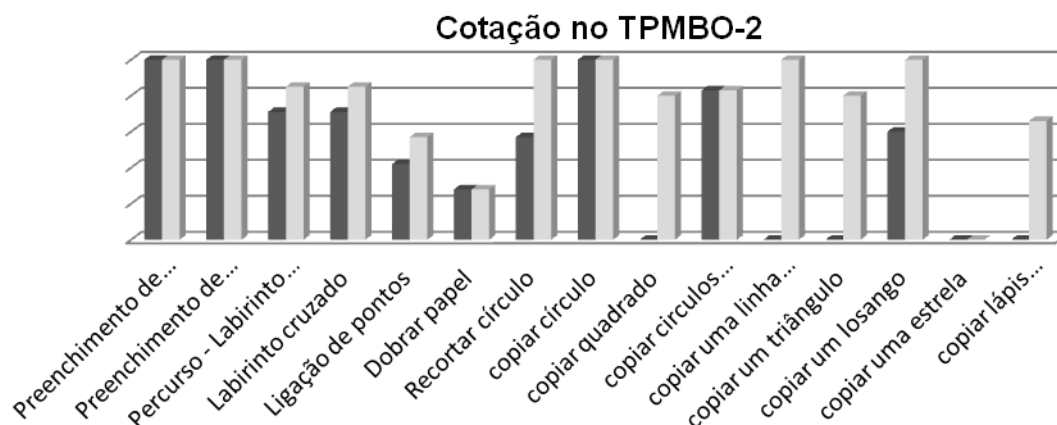
Apresentou um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, com maiores dificuldades ao nível do controlo postural, na estruturação espaço-temporal e coordenação motora global. Como foi dito inicialmente, não se realizou uma avaliação inicial por se tratar de um trabalho de continuidade, pelo que a análise dos resultados da avaliação psicomotora com base na BPM de Vítor da Fonseca, apenas será possível tendo em consideração os dados obtidos pela estagiária numa fase final. Apesar de consultada a avaliação inicial, não foi possível contabilizar resultados, por falta de dados, e pela maioria das tarefas se encontrarem sem registo completo. Pelo feedback da Técnica, o J.C. mostrou-se indisponível em colaborar com a avaliação. No gráfico 11, é assim possível observar, através de uma escala de cotação, os resultados obtidos pelo J.C. na avaliação final na BPM. O gráfico permite estabelecer uma relação com base nas



pontuações máximas possíveis, e no valor bruto obtido pelo J.C..

Gráfico 11 - Cotação BPM J.C.

Como podemos constatar, o J.C., apresenta melhores resultados na lateralização e na noção do corpo. A tonicidade, o equilíbrio e a estruturação espaço-temporal apresentam uma pontuação mais baixa. O J.C. apresentou assim um valor total de 13 pontos, o que corresponde a um perfil dispráxico. Estes resultados poderão ter sido influenciados pela atitude do J.C. e cooperação demonstrada nas atividades propostas no



momento da avaliação. Nas últimas semanas de intervenção, o J.C., revelou-se mais seguro, sendo capaz de percorrer e ultrapassar circuitos de obstáculos, participar em jogos tradicionais (como o jogo da estátua, a macaca, etc.), envolvendo diferentes ritmos sonoros, de brincar com o corpo, saltar no trampolim, atirar arcos contra um alvo, entre outros, revelando resultados satisfatórios. Por vezes, estas atividades funcionavam melhor quando a sala era previamente preparada. Observou-se alguma destreza na execução motora, mas também lacunas ao nível da coordenação. O J.C. parece ter perceção das suas dificuldades, evitando as tarefas com maior grau de dificuldade (e.g.: saltos, andar sobre um pé). Nestes momentos a sua postura muda, demonstrando-se menos disponível em aceder às dinâmicas. Por outro lado, como já referido, o J.C. apresentou maior motivação e, conseqüentemente, melhor desempenho em atividades

Gráfico 12 - Cotação TPMBO-2 J.C.

pela pontuação obtida com a TPMBO-2, presente no gráfico 12.

de pintura, atividades com bolas e de mesa. Estes resultados são refletidos

Para a cotação do TPMBO-2, considerando que cada exercício tinha um intervalo de cotação diferente, dentro do mesmo subteste, observou-se a necessidade de transformar os valores em percentagens, pelo que se usou a forma de probabilidade de casos favoráveis/casos possíveis. Deste modo, no teste precisão motora fina o J.C. poderia ter alcançado um total de 41 pontos, e concluiu a prova com 25 pontos iniciais e com 31 na prova final. Cada tarefa pode ser cotada com um máximo de 7 pontos, à exceção do preenchimento das formas (círculo e estrela), onde o total possível são 3 pontos. No teste da integração motora fina, o J.C. poderia alcançar, como valor máximo, a pontuação de 40 pontos e conseguiu 12 numa fase inicial, e 26 na avaliação final. Cada tarefa é cotada numa escala numérica que varia entre 0 a 6. Assim, comparativamente a uma avaliação inicial, o J.C. teve uma melhoria de 6 valores (5%) no subteste da precisão motora e de 14 valores (31%) na integração motora fina.

Relativamente aos objetivos previamente delineados, foi possível constatar melhorias na coordenação visuomanual e das capacidades gráficas. O J.C. revelou maior destreza manual, permanecendo por mais tempo em atividade e terminando as tarefas que iniciava. Foi capaz de partilhar os jogos e os objetos, participando nas dinâmicas de grupo com a estagiária, negociando e respeitando mais frequentemente algumas regras de jogo. Assistiu-se também a uma diminuição dos comportamentos de oposição e de birra, mostrando-se capaz de expressar os seus sentimentos de frustração de forma menos impulsiva.

Apesar destas evoluções, o J.C. apresentou ainda dificuldades importantes a serem trabalhadas. Propôs-se a continuidade dos apoios, que contribuam para a evolução positiva do seu desenvolvimento global. Sugeriu-se que seria importante estruturar e organizar o J.C. no sentido de melhorar as áreas que se revelaram menos fortes, assim como, ter em atenção a evolução da situação e reavaliar periodicamente. No final da intervenção e após a conclusão da reavaliação Psicomotora, agendou-se uma reunião com os pais e a médica de Desenvolvimento. Foram dadas a conhecer as principais informações sobre o processo da intervenção, as dificuldades e as evoluções sentidas. O J.C. recebeu alta da Psicomotricidade no início de Julho, tendo sido disponibilizado um conjunto de estratégias aos pais para a continuidade do trabalho em contexto familiar (Anexo XVI) e sugeriu-se ainda que o J.C. poderia beneficiar da participação em atividades físicas desportivas que potencializem a melhor coordenação, equilíbrio e agilidade, como a natação e uma arte marcial.

3- Estudo de Caso III – Grupo pré escolar

3.1- Caracterização do grupo

O Grupo foi composto por três crianças do sexo masculino entre os 5 e os 6 anos. Os critérios de inclusão tiveram em conta a idade e a frequência do pré escolar, assim como, as dificuldades ao nível da relação e interação que todas as crianças apresentavam no momento. Apenas uma das crianças, o H.B., não tinha estado anteriormente em intervenção individual com a Técnica, foi, no entanto, avaliado pela mesma previamente, tendo-se constatado que iria beneficiar da intervenção em grupo. A tabela 7, mostra de modo mais detalhado os principais dados de cada criança:

Identificação	Diagnóstico	Outros dados relevantes
A.F. 09-05-2007	PEA	O A.F. nasceu às 38 semanas, com 3330g, 48,4 cm e 36,5 de perímetro cefálico. A gestação foi vigiada por risco da idade materna, mas o parto (eutócito), ocorreu sem intercorrências. Senta sem apoio aos 6 meses, não gatinhou, iniciou a marcha autónoma aos 18 meses e as primeiras palavras aos 12 meses. Foi reencaminhado para o CDC em Julho de 2010, pela pediatra assistente, por apresentar peculiaridades da relação e da comunicação, ausência de jogo partilhado e presença de estereotípias. É descrito como uma criança desinteressada do afeto dos adultos, e relativamente às outras crianças, com baixa resistência à frustração e a alterações de rotina. Foi reencaminhado para a Psicomotricidade para avaliação, iniciou intervenção em Junho de 2012.
H.B. 18-04-2007	PEA	Criança nascida às 38 semanas, com 3460g, de parto eutócito. Gravidez sem intercorrências, período neonatal vigiado por fenda palatina. Foi operada aos 11 e aos 18 meses. Iniciou a marcha sem apoio aos 12 meses e a disse a primeira palavra aos 2 anos, sendo acompanhado em Terapia da fala. Os pais relatam algumas discrepâncias no desenvolvimento, com dificuldade no relacionamento com as outras crianças, embora com os adultos estabeleça um contacto fácil, e a presença de interesses particulares. Frequenta o Jardim de infância desde os 2 anos. Na sala de aula dispersa e revela pouco interesse. Foi encaminhado para a consulta de Reabilitação Pediátrica pela fenda palatina. Em Outubro de 2012 é referenciado para a Psicomotricidade para avaliação. Em Janeiro de 2013 é inserida no grupo do pré-escolar.
P.G. 2-10-2006	PEA	O P.G. nasceu por cesariana, com 3445g, 50 cm e 34 cm de perímetro cefálico. A Gravidez e o período neonatal vigiados, sendo descritas várias infeções respiratórias. Iniciou a marcha aos 9 meses, as primeiras palavras aos 18 meses e frases aos 4 anos. O P.G. é seguido na consulta de Desenvolvimento desde Outubro de 2010, constatando-se tratar-se de uma criança com uma perturbação grave da regulação do seu comportamento, e com PEA. É medicado com risperidona para ajudar no controlo do comportamento. Integrou o Jardim de infância aos 4 anos com ensino especial, apoio de educadora e terapia da fala. É reencaminhado para a Psicomotricidade por dificuldades na coordenação motora, alterações comportamentais e dificuldades na linguagem expressiva. Iniciou Intervenção individual em Junho de 2012.

Tabela 7 - Caracterização grupo pré-escolar

3.2- Caracterização do Processo de Intervenção

A possibilidade da Intervenção em grupo, permite tal como referido no enquadramento teórico, um conjunto de experiências ricas, que privilegiam, sobretudo, a interação social. Atendendo às particularidades e especificidades únicas apresentadas por estas crianças e, particularmente, considerando as suas dificuldades em estabelecer relações, na comunicação e na partilha, bem como, os seus diagnósticos de base, sugeriu-se que iriam beneficiar da intervenção em grupo.

Os principais objetivos definidos pelo grupo de estagiários, foi a criação de um espaço de trabalho que permitisse às crianças experimentarem diferentes competências necessárias nas relações com os outros, além de trabalharem todas as questões e os objetivos que são desenvolvidos na intervenção individual. O desafio tornou-se maior pela ambição de realizar conjuntamente um trabalho com as famílias. Ou seja, pretendeu-se criar no CDC um espaço de terapia psicomotora em grupo, dirigida às crianças, mas aberto à participação ativa de pais e familiares próximos. Como tal, um dos compromissos inicialmente estabelecidos, foi a disponibilidade dos pais e/ou cuidadores mais próximos, em participar em algumas sessões. Sendo que a intervenção tinha por base a participação direta das famílias das crianças no desenvolvimento das suas competências sociais.

O grupo foi acompanhado pelos estagiários ao longo de 13 sessões semanais, que foram filmadas com a autorização dos pais (Anexo XVIII), durante um período de 3 meses, entre Fevereiro e Maio de 2013. As sessões foram divididas em nove sessões das quais participaram apenas os dois estagiários de psicomotricidade e as três crianças, o A.F., o H.B., e o P.G., e quatro sessões em que participavam também os pais e familiares, como é possível observar no seguinte cronograma:

3.3- Calendarização terapia psicomotora

GRUPO	2013			
	Fevereiro	Março	Abril	Maio
Pais	28;		4 e 11;	30;
Crianças	28	7; 14; 21 e 28	4; 11 e 18	2; 9; 16; 23; 30

Tabela 8 - Calendarização terapia psicomotora grupo pré escolar

A distribuição das sessões teve em conta o tempo previsto para a realização do programa, estabelecendo-se metas e objetivos que fossem exequíveis com o mesmo.

Inicialmente, foi então realizada uma sessão de apresentação aos pais e às crianças, com o intuito de estabelecer um contacto inicial e esclarecer sobre as principais dinâmicas, metodologias e objetivos do programa de intervenção terapêutica em grupo. Foi entregue o cronograma aos pais, com o respetivo calendário das sessões com as crianças e as sessões conjuntas com as famílias, e ainda foi possível demonstrar algumas atividades que seriam desenvolvidas durante a intervenção, apelando à participação conjunta de todos. No final desta sessão inicial, foram distribuídos dois questionários, o Questionário 1 (Anexo VIII), que reuniu uma série de perguntas, adaptadas pelos estagiários, do “Inventario das Necessidades da Família” (Bailey, PH.D. e Simeonsson, PH.D) e do “Family Interest Survey” (J. Cripe e D. Bricker, 1993)¹, e o Inventário de comportamento da criança para pais (Achenbach, 1991) (Anexo IX). Pretendeu-se com estes dois formulários, reunir um conjunto de informações acerca das

¹ Estes dois instrumentos de avaliação não foram referidos na revisão bibliográfica, considerando que a sua análise e cotação também não foi concretizada ao longo do estágio, devido a constrangimentos no que respeita à entrega dos itens por parte dos pais/cuidadores.

preocupações mais emergentes e atuais das famílias, das suas principais dinâmicas familiares e percepções face ao desenvolvimento e comportamento de cada criança respetivamente.

Além do foco no desenvolvimento das competências sociais, esta intervenção objetivou também a melhoria de determinadas competências motoras, tendo-se realizado uma avaliação inicial com a Movement Assessment Battery For Children (Henderson & Sugden, 1992), e a Escala de observação dos comportamentos sociais para crianças de idade pré escolar em ambientes de integração (traduzido e adaptado de Jonhson e Mandell, 1988, por Teresa Brandão, 1991). Recolheram-se assim informações sobre quais os domínios em que as crianças apresentavam mais dificuldades, e elaborou-se um plano pedagógico-terapêutico, determinando os principais objetivos de intervenção:

Domínio	Objetivos Específicos e Comportamentais
Motricidade global (1)	<u>Objetivo específico:</u> Desenvolver movimentos globais complexos Objetivos Comportamentais (OC): Realizar saltos com os dois pés, sozinho; Melhorar o controlo postural sobre um pé; Realizar saltos com um pé com ou sem apoio.
Motricidade fina (2)	<u>Objetivo específico:</u> Desenvolver a destreza e precisão de movimentos OC: Melhorar a preensão do lápis; Realizar um percurso gráfico sem sair dos limites marcados no papel; Realizar percursos e labirintos gráficos cronometrados no tempo;
Competências sociais (3)	<u>Objetivo específico:</u> Promover competências sociais e interpessoais OC: Iniciar interação em situação de jogo em pequeno grupo. Ser capaz de participar nas atividades e jogos cumprindo regras; Aguardar a sua vez no jogo; Partilhar brinquedos durante a interação com os colegas e o adulto;
Competências cognitivas (4)	Ser capaz de escolher uma entre várias opções Diminuir comportamentos de desafio e de oposição.
Linguagem e comunicação (5)	<u>Objetivo específico:</u> Desenvolver a capacidade de atenção; OC: Ser capaz de identificar diferentes estímulos Ser capaz de reduzir a agitação motora (e.g.: acalma-se) Aumentar períodos de atenção e participação nas tarefas. <u>Objetivo específico:</u> Desenvolver a capacidade de expressão OC: Aumentar o tempo em diálogo Melhorar a capacidade de expressão verbal e não-verbal;
Estrutura Geral Programa	Duração: 4 meses Periodicidade: semanal - 60 minutos por sessão – total: 13 sessões. Nº de participantes por sessão: 4 crianças (+ 8 adultos em sessão inicial, intermédia e final). <u>Divisão das sessões:</u> 2 Sessões (7 de Março e 14 de Março) – Observação Psicomotora 10 Sessões (21 de Março até 16 de Maio) – Intervenção Psicomotora 2 Sessões (23 e 30 de Maio) – Observação Final

Tabela 9 - Plano pedagógico-terapêutico grupo pré escolar

A intervenção decorreu assim de modo gradual, distinguindo-se fases distintas. Num primeiro momento, excetuando a sessão inicial, privilegiou-se um trabalho só com as crianças e técnicos, de modo a organizar as crianças, no sentido de facilitar o seu envolvimento nas dinâmicas umas com as outras e com os técnicos. Ambicionou-se estimular, de forma progressiva, o vivenciar de situações que promovessem maiores períodos de atenção conjunta, o respeito pelas tarefas propostas, bem como, a participação espontânea das crianças. Houve, deste modo, uma maior aposta no desenvolvimento de uma relação segura e de confiança. As sessões foram, no entanto, estruturadas e as atividades (Anexo XVII) organizadas, seguindo de encontro às áreas de desenvolvimento que foram apresentados como objetivos pedagógico terapêuticos. O gráfico 13, ilustra os domínios de desenvolvimento predominantes nas atividades que foram realizadas:

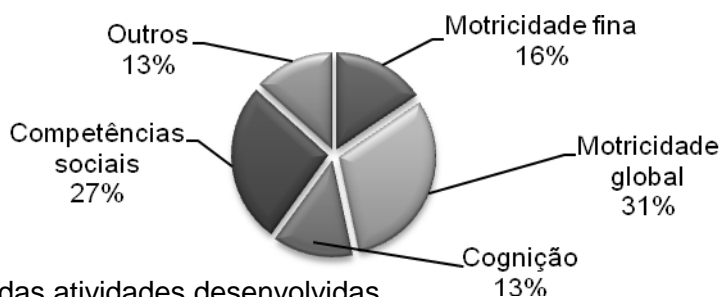


Gráfico 13- Domínio das atividades desenvolvidas

Posteriormente, a meio do percurso terapêutico, procurou-se que os pais tivessem uma participação mais direta, realizando-se sessões de 60 minutos com pais e crianças. As atividades desenvolvidas privilegiaram os gostos e interesses das crianças, atendendo igualmente, que fossem interessantes e desafiantes para os adultos. Utilizaram-se assim como principais metodologias de intervenção: técnicas lúdico-expressivas; a criação de situações-problema, atividades de consciencialização e representação corporal; a expressão dramática (facilitando a expressão de sentimentos e tensões), o treino de habilidades sociais, jogos de regras, a relaxação, os trabalhos de cooperação (em pares) e a utilização de jogos e brinquedos tradicionais, como mediadores e facilitadores da comunicação / representação de sentimentos.

Nestas atividades, para além de se desenvolver o domínio social na sua vertente da comunicação com o outro, foram também desenvolvidos parâmetros de cooperação, partilha, troca de funções e responsabilidade. As crianças e os restantes elementos tiveram, deste modo, oportunidade de se relacionar ativamente. Em **contexto de intervenção**, de um modo geral, as crianças demonstraram cooperação e respeito pelo cumprimento de regras e tarefas propostas, aderindo e participando de forma assertiva. Os adultos pareceram bastante agradados, envolvendo-se dinamicamente e de forma espontânea.

3.4- Resultados

No final da intervenção foi realizada uma reavaliação, para se comparar os resultados obtidos a nível das vertentes avaliadas com os instrumentos utilizados inicialmente. Para além desta reavaliação, foi também entregue novamente os dois questionários aos familiares, com o intuito de comparar as respostas obtidas.

A comparação entre as avaliações é apresentada e interpretada segundo uma análise qualitativa, critério a critério. Esta opção teve em conta, em primeiro, a escolha de uma checklist de observação do comportamento da criança, que nos dá informação qualitativa sobre o seu comportamento nas diferentes fases avaliadas, e o número de resultados que se tornaram inválidos com a aplicação da ABC (Henderson & Sugden,

1992). Apesar deste último instrumento, como já descrito, permitir reunir um conjunto de dados e valores quantitativos, muitas das atividades não preenchiam todos os requisitos necessários para serem admitidas, ou por condições físicas do envolvimento, ou por condições de adesão/resistência da criança. A tabela apresentada em seguida, demonstra os resultados obtidos nas distintas avaliações:

Domínio: DESTREZA MANUAL

Tarefa- Colocar as moedas			Desempenho		
Duração (seg)			Falha	Recusa	Não se aplica
1ª aval.		2ª aval.	Ambas as avaliações foram consideradas inválidas. O A.F. alterna de mão, apesar de reforçado, e pega em duas moedas ao mesmo tempo na 1ªavaliação.		
A.F.	20's	2 min. e 50's.			
H.B.	3 min.	2 min.	Falha nas duas avaliações, alterna entre as duas mãos.		
P.G.	3 min.	4 min.	Falha nas duas avaliações, coloca mais do que uma moeda ao mesmo tempo.		
Tarefa - Enfiar os cubos			Desempenho		
Duração (seg)			Falha	Recusa	Não se aplica
A.F.	Desiste.		Utiliza a mão direita inicialmente e troca a meio. Falha as duas tentativas e recusa continuar.		
H.B.	3 min. e 50'		Falha: não concretiza o objetivo da tarefa.		
P.G.	5 min.		Utiliza mão esquerda, não consegue terminar a tarefa.		
Tarefa: Percurso de bicicleta					
	Nº de desvios / Nº de tentativas		Desempenho		
			Falha	Recusa	Não se aplica
A.F.	2 tentativas, 3 desvios.		Score 0.		
H.B.	2 tentativas, 2 desvios.		Score 0.		
P.G.	2 tentativas, 6 desvios.		Falha, mudou de direção em ambas as tentativas, levantou a caneta e passou os limites. Score 4.		

Domínio: HABILIDADES COM BOLA

Tarefa: Apanhar o saco de feijões					
	Nº de lançamentos/ tentativas		Desempenho		Observações
	1ª aval.	2ª aval.	Recusa	Não se aplica	
A.F.	0/10	3/10	Não se aplica.		Nenhuma das tentativas foi realizada com sucesso.
H.B.	8/10	7/10	Não se aplica.		Atividade realizada de modo informal. O. H.B. mostrou adequado planeamento motor, alcançando o objetivo da atividade
P.G.	9/10	9/10	Não se aplica.		Atividade realizada de modo informal. Cumpre objetivo da atividade

Rolar a bola entre as pranchas					
	Lançamentos / Nºde tentativas		Desempenho		Observações
	1ª aval.	2ª aval.	Recusa	Não se aplica	
A.F.	3	5/10	Recusou continuar a atividade na 1ª aval.		Mostrou-se pouco motivado e atento.
H.B.	8/10	8/10	Não se aplica.		Interessado e empenhado.
P.G.	5/10	9/10	Não se aplica.		Mostrou-se agitado

Domínio: EQUILÍBRIO ESTÁTICO

	Duração (seg)		Desempenho			Observações
	1ª aval.	2ª aval.	Falha	Recusa	Não se aplica	
A.F.	13's	8's	X			Revela esforço, algumas oscilações e reajustes corporais
H.B.	5's	6s'	X			Pé livre toca no chão. Ligeiras oscilações.
P.G.	--	6's	X			Apresenta desequilíbrios e oscilações significativas

Domínio: EQUILÍBRIO DINÂMICO

Tarefa: Saltar por cima da corda								
	Concretiza com sucesso		Falha		Recusa		Observações	
	1ª aval.	2ª aval.	1ª	2ª	1ª	2ª	Demonstra dificuldade em saltar com os 2 pés; necessita de ajuda física externa	
A.F.			X	X				
H.B.			X	X				
P.G.			x	x				
Tarefa: Andar em bicos dos pés								
	Nº de passos corretos		Falha		Recusa		Não se aplica	
	1ª aval.	2ª aval.	1ª	2ª	1ª	2ª	1ª	2ª
A.F.	6	15	x					
H.B.	8	10					x	
P.G.	15	20					x	

Tabela 10- Cotação do Movement Assessment Battery For Children

Comportamento	Expectativas para a Classe (+/-)		Observação do comportamento da criança (+/-)						Comentários	Alternativas /estratégias
			H.B.		A.F.		P.G.			
	1ª aval.	2ª aval.	1ª aval.	2ª aval.	1ª aval.	2ª aval.	1ª aval.	2ª aval.		
Joga com as outras crianças	✓	✓	X	✓	X	✓	X	✓	Inicialmente o grupo isolava-se. Observou-se melhorias na atitude e uma maior partilha durante os jogos realizados.	Implementou-se atividades dinâmicas com recurso a reforços e estímulos (visuais, verbais, físicos, etc.)
Pede ajuda quando necessita	X	✓	✓	✓	X	X	X	✓	Verificou-se maior segurança na relação com os técnicos e, consequentemente, melhorias nas solicitações de ajuda.	
Obedece às regras de classe	✓	✓	✓	✓	X	✓	X	✓	Observou-se maior cooperação e cumprimento de instruções e regras.	Foram implementados jogos de regras e utilizou-se vários reforços (verbais, visuais, etc).
Centra-se nas tarefas por curtos períodos de tempo	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Todas as crianças são capazes de estabelecer contato ocular e atenção por curtos períodos de tempo.	Procurou-se reforçar a atenção e o período de envolvência nas tarefas.
Inicia interações com outras crianças	X	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	Assistiram-se a melhorias na intenção de interagir, mas nem sempre da forma mais adequada, sendo necessária a mediação.	Fomentou-se a dinâmica de grupo, os períodos de interação e partilha.
Inicia interações com adultos	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		Valorizou-se as suas ações e intenções comunicativas.
Observa outras crianças	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Foi visível uma maior observação do outro durante as sessões.	Procurou-se aumentar os momentos de partilha e atividade conjunta.

Imita outras crianças	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Existem dois comportamentos de imitação distintos: o H.B. que imita os colegas com intenção e de forma provocatória (houve redução); o P.G. que recorre à imitação como recurso visual para conseguir participar nas dinâmicas do grupo.	Corrigiu-se os comportamentos desafiantes e menos adequados. Recorreu-se à imitação como recurso psicopedagógico.
Toma decisões simples	X	X	X	✓	X	X	X	As crianças demonstraram imaturidade na tomada de decisões.	Promoveram-se atividades de resolução de problemas.
Realiza a alternância de papéis	X	X	X	X	X	X	X	Não se verificou.	Realizaram-se jogos simbólicos; Alternou-se a atribuição de funções e de responsabilidades durante as atividades.
Respeita os bens dos outros	X	✓	X	✓	X	✓	✓	Melhor relação e respeito entre os elementos do grupo.	
Respeita os sentimentos dos outros	X	X	X	X	X	X	X	Não se verificou.	
Segue instruções simples	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	As crianças cumprem regras e instruções de condutas simples.	Reforçou-se e valorizou-se este comportamento.
Utiliza formas verbais para expressar necessidades ou emoções	X	X	✓	✓	X	X	X	Observaram-se dificuldades a nível da expressão verbal, principalmente de emoções e sentimentos	Procurou-se aumentar as oportunidades e meios para se expressarem.
Utiliza formas não verbais para expressar necessidades ou emoções	X	X	✓	✓	X	X	X	Observaram-se dificuldades a nível da expressão gestual.	Procurou-se aumentar as oportunidades e meios de expressão corporal.

Tabela 11- Cotação Escala de Observação

3.5- Conclusões:

Como é possível observar pela análise das tabelas 10 e 11, podemos constatar algumas melhorias em todas as crianças. Destacam-se no domínio das **competências motoras**:

- Melhores prestações no lançamento da bola com 1 e com 2 mãos;
- Melhores prestações no agarrar da bola;
- Melhor desempenho no equilíbrio unipodal e nas pontas dos pés;
- Desempenho semelhante no salto a pés juntos (fraco);

Ao nível das **competências sociais**:

- Maior receptividade às atividades propostas;
- Maior cooperação em grupo;
- Maior intenção comunicativa entre os elementos do grupo;
- Diminuição dos comportamentos de frustração (birras);
- Menor resistência ao cumprimento de regras;



Figura 3- Atividades do grupo pré-escolar

Estes dados foram também observados ao longo das várias sessões, tendo-se percebido, de forma gradual e crescente, uma maior participação espontânea de todos os elementos, melhores níveis de atividade e uma atitude diferenciada. Inicialmente, as crianças mantinham uma postura mais isolada e de desafio umas com as outras. Numa fase posterior, foi possível observar maior satisfação pela presença dos outros, mais interajuda, e até comportamentos de imitação. As crianças, numa fase final, interagiam de forma autónoma, umas com as outras, verbalizando, frases curtas, ou manifestando observações acerca das atividades realizadas. O P.G. demonstrou maiores dificuldades na expressão verbal e na linguagem expressiva, porém, foi um dos elementos que revelou maior satisfação e afetividade na relação, tanto com os técnicos, como com as outras crianças e familiares.

A evolução das crianças foi assim bastante positiva, relativamente aos objetivos traçados inicialmente. No entanto, é necessário realçar a importância do desenvolvimento das competências sociais, pois as crianças ao aceitarem muito melhor as atividades propostas, com o decorrer da intervenção, apresentaram também uma atitude diferente que poderá ter influenciado o seu empenho e, como consequência, a melhoria dos resultados obtidos nas componentes motoras.

Não foi possível demonstrar que tipo de evolução ocorreu na perspectiva dos pais face ao desenvolvimento da criança e sua família de uma forma mais criteriosa, ou quantitativa, pois apenas os pais de um elemento do grupo entregaram todos os questionários iniciais, e nenhum devolveu os questionários finais, apesar do interesse demonstrado pelos mesmos. Pelo mesmo motivo, apenas foi possível reunir unicamente alguns feedbacks verbais, referidos nas sessões, que se revelaram bastante positivos. Assim, de um modo geral, todos os pais referiram que as crianças manifestavam bastante prazer nos dias das sessões, ficando “zangados” ou desiludidos com os pais se por algum motivo tivessem de faltar. Com igual surpresa, os pais referiram que não esperavam que as crianças se dessem tão bem umas com as outras, e ficaram contentes por se terem tornado amigos. Elogiaram o trabalho realizado, manifestando vontade da sua continuação. Sublinharam algumas das atividades realizadas, demonstrando especial interesse pelas técnicas de relaxação abordadas, com vista à sua utilização em casa. Os pais de um dos elementos do grupo, o A.F., revelaram ainda, de forma emotiva, que o seu filho após a integração no grupo terapêutico, começou a procurar os colegas do pré escolar que frequentava, deixando de brincar sozinho no recreio.

Todos estes dados permitiram concluir que a intervenção psicomotora de grupo foi bastante positiva, apesar do curto espaço de tempo que contemplou. No final dos três meses de intervenção, todas as crianças receberam alta da Psicomotricidade, mas continuaram a beneficiar do acompanhamento dos respetivos médicos responsáveis no CDC.

CAPÍTULO V | Dificuldades e limitações

Nesta etapa é-nos sugerido a partilha das vivências e do trabalho desenvolvido ao longo dos últimos meses. Como tal, para além de toda a aprendizagem e conquistas, é natural e esperado, que no decorrer deste processo surjam também um conjunto de dúvidas e/ou dificuldades.

As maiores dificuldades surgiram com a notícia da ausência, ainda que por motivos de força maior, da orientadora e Técnica local de um espaço físico e próximo. Este momento gerou, sobretudo, alguma dificuldade inicial em retomar as atividades de estágio após o período de férias de Natal, perante a possibilidade, ou não, da orientadora prosseguir as suas funções. Como tal, também as nossas atividades ficaram limitadas à participação nas reuniões e dinâmicas de equipa do CDC, o que gerou alguma desmotivação.

A falta de objetivos bem definidos, de diretrizes e de uma clara linha orientadora do trabalho, levou também a alguma angústia, pelo desconhecimento do que nos era esperado. Após uma conversa com a orientadora local, rapidamente estes problemas foram ultrapassados. Apesar da sua ausência no local de estágio, a Dr^a Joana, manteve-se sempre em contacto com os estagiários, e fez com que estes continuassem motivados e a participar nas atividades do centro e da equipa. Assim, logo que lhe foi possível, e após ter reunido as devidas autorizações das pessoas competentes para o efeito, tratou de assegurar a continuidade das nossas atividades de estágio no CDC, de forma autónoma. Deste modo, foram reencaminhadas novas crianças, algumas em continuidade do seu trabalho, para intervenção e outras para avaliação psicomotora. Foi também iniciado o trabalho com o grupo pré escolar em parceria com o estagiário do primeiro ciclo.

Toda a equipa do CDC se mostrou bastante receptiva e disponível, auxiliando e encorajando a nossa participação. Deste modo, ainda que inicialmente me sentisse receosa e um pouco insegura (sobretudo, tratando-se de um primeiro contato com o contexto clínico), pela falta de uma referência que inicialmente era esperada, bem como, pela consciência de que o contacto físico com a Técnica teria sido insuficiente, as expectativas criadas começaram a ser preenchidas progressivamente. O entusiasmo começou também a crescer paralelamente às experiências vividas e desenvolvidas.

Contudo, apesar de ultrapassada esta barreira inicial, com o progredir do desenvolvimento do estágio, outras dificuldades se fizeram sentir ainda pelo mesmo motivo: a falta de um *feedback* das intervenções diárias e sobre a nossa prestação; a dificuldade na marcação das consultas; o contato inicial com os pais e famílias via telefone, sem supervisão e uma apresentação formal antecedente; o acréscimo de funções e responsabilidades administrativas; a procura de resposta por parte dos restantes profissionais, que superava em muito a nossa capacidade; e, por fim, a dificuldade numa comunicação célere e eficaz com a Técnica responsável, face a processos efetivos e decorrentes das práticas diárias e momentâneas do CDC. Por conseguinte, víamos, algumas vezes, o nosso trabalho e capacidade de resposta limitados.

É importante salientar que a Dr.^a Joana foi incansável, mostrando-se sempre disponível, apesar da sua condição de baixa, correspondendo sempre à nossa procura e expectativas. Praticamente eram trocados *e-mails* com uma frequência diária, aproveitando para esclarecer dúvidas, para fazer um ponto de situação dos diversos trabalhos, ou pedir uma supervisão sobre os vários relatórios e planos pedagógico-terapêuticos. Foram também agendadas e realizadas reuniões com carácter quinzenal ou sempre que necessário.

Por outro lado, a ausência da Psicomotricista, deu-nos a oportunidade de vivenciar outras competências que com a sua presença não iriam ser tão exploradas. Permitindo-nos uma maior flexibilidade e autonomia, capacidade de organização e

intervenção, de resolução de problemas e conflitos, num contexto real da prática de Psicomotricidade. Possibilitou-nos ainda trabalhar competências de resiliência, adaptação e de comunicação/articulação com os diversos profissionais do CDC e do exterior. Surtiu também a necessidade de reformulamos frequentemente o nosso trabalho, repensar estratégias, reafirmar a importância da Terapia Psicomotora e de nos fazer ouvir, enquanto estagiários, perante toda uma equipa médica e de técnicos de diferentes especialidades. A responsabilidade acrescida e o voto de confiança da Dr.^a Joana, são vistos, portanto, de forma positiva, considerando-se esta experiência bastante enriquecedora, quer a um nível profissional como pessoal.

Por fim, de salientar ainda outras dificuldades, mais gerais, que surgiram naturalmente no dia a dia da vivência de estágio, gerando sentimentos de maior insegurança ou a necessidade de um maior investimento, de forma a serem colmatadas da melhor forma:

- o primeiro contacto com prestadores de cuidados e no feedback das avaliações e dos processos de intervenção;
- a falta de prática na aplicação e cotação/análise dos instrumentos de avaliação utilizados;
- o contornar de alguns comportamentos de algumas crianças;
- a limitação do espaço (pois a sala de psicomotricidade era também partilhada com duas terapeutas Ocupacionais);
- a recolha e análise da avaliação do grupo, pela pouca cooperação dos pais no que refere à entrega dos questionários distribuídos.

Todas estas lacunas, representam também um conjunto de esforços e de novas aprendizagens que foram adquiridas com o estágio. A experiência é, deste modo, encarada como um sucesso, tendo-se cumprido os objetivos e as expectativas previamente formuladas. Este processo, deveu-se em grande parte pelo apoio da Técnica de Psicomotricidade, Dr.^a Joana Carvalho, do estagiário do 1º ciclo, pela equipa de Reabilitação Pediátrica e médicos responsáveis pelas crianças acompanhadas. Refletindo sobre o período que antecedeu o estágio e este momento final, sinto que existe atualmente uma futura Profissional com um maior à-vontade e confiança, não só no seu trabalho, como no estabelecimento de todas as relações inerentes às competências do Psicomotricista. Existiu uma grande evolução e amadurecimento que me permitem reunir um conjunto de ferramentas e estratégias de adaptação e contorno às mais diversas situações e contextos, ultrapassando as inseguranças e medos iniciais.

CAPÍTULO VI | Conclusão

A experiência de estágio profissionalizante é bastante rica e deve ser incentivada, pois é uma das formas de muitos técnicos iniciarem o contato com a realidade diária do trabalho em Psicomotricidade. Num ponto de vista pessoal, permitiu conhecer de forma próxima o contexto clínico, com o qual sentia uma especial lacuna. Estas oportunidades permitem-nos ainda, enquanto estagiários e futuros profissionais, perceber que apenas descobrimos ainda curtas etapas e que o nosso trabalho passa muito por pequenas conquistas e descobertas diárias, pela vivência de “tentativas-erro”, que se constroem ao longo de diferentes patamares. Considero, portanto, que este estágio, nos coloca no ponto de partida de uma longa aprendizagem, suscitando a ambição de novos desafios. Aprendizagem que se faz, não só em termos práticos, como formativos, e a nível da investigação. Todas estas componentes se tornam fulcrais e complementares aos profissionais.

O trabalho apresentado anteriormente, permitiu apresentar o conjunto de experiências técnico profissionais que se tornaram mais significativas ao longo da prática de estágio relativo ao ano letivo 2012/2013, mas, e sobretudo, refletir sobre o mesmo de forma crítica e refletiva. Os conceitos abordados no enquadramento teórico foram ponderados e tiveram em conta todo o trabalho preconizado no centro de desenvolvimento do Hospital Garcia de Orta. Iniciamos assim a sua leitura com a abordagem da Intervenção Precoce, que pretendeu não só esclarecer o conceito desde a sua evolução às práticas atuais, principais objetivos e metodologias de atuação, como focalizar o enfoque na família, o trabalho em equipa e a centralização de serviços. Todos estes aspetos foram privilegiados durante as vivências de estágio, fazendo muito mais sentido neste momento. O CDC, como referido, trabalha em proximidade com as equipas de IP do Seixal, Almada e Sesimbra, pelo que representa uma entidade e referência nos serviços de saúde para estas equipas. Todos os profissionais das várias equipas, e do CDC, participam nesta realidade, articulando o maior número de esforços com o objetivo de otimizar e qualificar o acompanhamento e a prestação de serviços a estas crianças e famílias.

Pessoalmente, senti muitas vezes que este trabalho de proximidade, e em estreita relação de partilha, proporcionavam as intervenções e o trabalho no âmbito da Psicomotricidade, mais conscientes e plenas.

Passamos, posteriormente, para um curto enquadramento da Psicomotricidade. Enfatizou-se as principais conceções e metodologias de intervenção, o papel do Psicomotricista e as diferentes tipologias de intervenção. Por fim, foi apresentada uma revisão sucinta sobre as principais perturbações do desenvolvimento infantil, atendidas no CDC durante o período decorrido de estágio. Todo este trabalho de investigação, dedicação e de relação entre os distintos conceitos, foram uma constante ao longo dos vários meses de estágio. O trabalho desenvolvido corresponde a um exemplo de que a Intervenção Psicomotora é de facto uma mais valia no contexto de uma equipa multidisciplinar, no âmbito clínico, desde as idades mais precoces. Os estudos de caso apresentados e os dados tratados permitem-nos corroborar os estudos dos vários autores presentes no enquadramento deste trabalho, mas, mais do que isso, rever e refletir, de um modo cuidado, como as diferentes estratégias, atividades desenvolvidas e até tipologias de intervenção refletiram resultados na melhoria da qualidade de vida destas crianças (ainda que, por vezes, em curtos espaços de tempo). Esta é, sem dúvida, a conclusão e prerrogativa que melhor retiro e guardo desta experiência.

Com este estágio, aprofundaram-se assim as competências estabelecidas inicialmente como objetivos do RACP, de observação e avaliação do desenvolvimento psicomotor, de criação, aplicação e avaliação de planos pedagógico-terapêuticos, com

objetivos exequíveis e coerentes perante cada criança. Considero que ganhei maior responsabilidade e confiança não só na Intervenção Pedagógico-Terapêutica, como na relação com os outros profissionais e comunidade (sobretudo pais e familiares). Foi-nos possível crescer em tudo isto e muito mais, pois as atividades desenvolvidas descritas extravasaram o âmbito da Psicomotricidade propriamente dita, desenvolvendo-se várias tarefas enquadradas na dinâmica geral de trabalho do CDC, como a participação ativa nas dinâmicas e projetos da instituição, e nas oportunidades de formação disponibilizadas.

O balanço das atividades de estágio é, portanto, bastante positivo, atendendo não só, ao alcance dos objetivos iniciais do estágio, como a todas as aprendizagens e ganhos pessoais. Mais do que uma oportunidade curricular, foram oito meses que dediquei ao local de prática elegido, a toda uma equipa a ele inerente, crianças e famílias atendidas. As conquistas foram muitas e valorizadas, pelo que este processo consistiu, sem dúvida, um grande passo na minha formação profissional.

CAPÍTULO VII | Referências Bibliográficas

- Aniceto, H., Cordeiro, S., & Freitas, D. (2009). *Relatório de Estágio em Perturbações do Espectro do Autismo*. Dossier Teórico, Faculdade de Motricidade Humana - Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2009). *Proposta de Regulamento Profissional dos Psicomotricistas Portugueses*. Consultado em <http://www.appsicomotricidade.pt>.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade (2012). *Brochura das práticas profissionais com crianças e adolescentes com perturbações do desenvolvimento e da aprendizagem*. Consultado em <http://www.appsicomotricidade.pt/content/brochura-pr%C3%A1ticas-profissionais>.
- American Psychiatric Association (APA) (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington D.C.: climepsi editores.
- American Society for Autism (ASA) (2013). *Autism Society*. Consultado em <http://www.autism-society.org/>.
- Albaret, J. (1995). Evaluation psychomotrice des dyspraxies de développement. *Evaluations Psychomotrices*, 7(28), 3-10.
- Albaret, J., & Chaix, Y. (2011). Trouble de l'acquisition de la coordination : bases neurobiologiques et aspects neurophysiologiques Neurobiological bases and neurophysiological correlates of developmental coordination disorders. *Neurophysiologie Clinique*, (42), 11-17.
- Albert, J., Castelnau, P. & Zanone, P. (2000). Un Approche dynamique du trouble d'acquisition de la coordination. *A.N.A.E.*, (59-60), 126-136.
- Aragón, M. (2007). *Manual de Psicomotricidade*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Almeida, C. (2004). *Psicomotricidade aplicada através do programa TEACCH em pessoas com autismo. Projecto a "Vez do Mestre"*. Monografia de Licenciatura, Universidade Candido Mendes, Brasil.
- Barkley, R. (1998). Attention deficit hyperactivity disorder. In *a handbook for diagnosis and treatment*. New York: The Guilford Press.
- Bairrão, R. (2007). Pareceres de Peritos, nacionais, em Intervenção Precoce. In *Anexo 6 - Relatório Associação Nacional de Intervenção Precoce*.
- Beckett, C., Castle, J., Colvert, E., Groothues, C., Maughan, B., Rutter, M., et al. (2006). Do the Effects of Early Severe Deprivation on Cognition Persist Into Early Adolescence? Findings From the English and Romanian Adoptees Study. *Child Development*, 77 (3), 696 – 711.
- Belo, A. (Fevereiro de 2003). A Importância da Psicomotricidade em Portadores de autismo . In *Projecto "A Vez do Mestre"*, Universidade Cândido Mendes, Rio de Janeiro, Brasil.
- Boavida, J. (2012). Base neurobiológica da Intervenção Precoce. *Revista Diversidades* (35), 4-6.
- Brandão, T. (2007). Pareceres de Peritos, nacionais, em Intervenção Precoce. In *Anexo 6 - Relatório Associação Nacional de Intervenção Precoce*.
- Bruininks, R. H., & Bruininks, B. D. (2005). *Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency (2nd ed., BOT-2)*. Bloomington: Pearson Assessments.
- Cabral, P. (2006). Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *European Journal of Paediatric Neurology Society*, 66-77.
- Bruel, M. & Camargo, F. (2012). Psicomotricidade para portadores de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade. *Saúde e Meio Ambiente*, 1 (2), 41-51.
- Carvalho, J. (2005). Terapia psicomotora em contexto hospitalar. *A Psicomotricidade*, 6, 73-78.

- CDC-HGO (2009). Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva. Consultado em <http://www.cdc-hgo.com>.
- Chow, S., Barnett, A. & Henderson, S. (2001). The Movement Assessment Battery for Children: A Comparison of 4-Year-Old to 6 YearOld Children From Hong Kong and the United States. *The American Journal of Occupational Therapy*, 55 (1), 55-61.
- Davis, N., GW, F., Anderson, P., & Doyle, L. (2007). Developmental coordination disorder at 8 years of age in a regional cohort of extremely-lowbirthweight or very preterm infants. *Developmental Medicine & Child Neurology* (49), 325–330.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro de 2009. *Diário de República*, 1ª Série (193), 7298-7301. Ministério da Saúde. Lisboa.
- Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de Outubro de 1999. *Diário de República*, 2ª Série (244), 15566-15568. Ministérios da Educação, da Saúde e do Trabalho e da Solidariedade. Lisboa.
- Dunst, C. (2000). Revisiting "Retinking early intervation". *Topics in Early Childhood Special Education*, 20, (2), 95-104.
- Edwards, J., Berube, M., Erlandson, K., Haug, S. J., Sarkodee-Adoo, S., & Zwicker, J. (2011). Developmental coordination disorder in school-aged children born very preterm and/or at very low birth weight: a systematic review. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 32 (9), 678-87.
- European Agency for Development in Special Needs education (2005). Intervenção Precoce na Infância. *Análise das Situações na Europa - aspetos chave e recomendações* (relatório síntese).
- Farré-Ribba, A., & Narbora, J. (2001). *ADAH: Escala para la evaluation del transtorno por déficit de atención con hiperactividad*. Madrid: TEA.
- Felício, V., & Zanata, E. (2008). Conhecendo o Autismo: Aspéctos clínicos, psicosociais e educacionais. *Revista Científica SER - Saber, Educação e Reflexão*, 1 (1), 20-31.
- Ferreira, J. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral* (20), 703-712.
- Folio, R., & Fewell, R. (2000). *Peabody Developmental Motor Scale*. Austin: TX: Pro-ed.
- Fondation Paint a Smile (2008). Project Paint a Smile. Consultado em <http://www.paintasmile.org/>.
- Fonseca, V. (1985). *Construção de um Modelo Neuropsicológico de Reabilitação Psicomotora*. Tese de Doutoramento em Motricidade Humana na especialidade de Educação Especial e Reabilitação, Instituto Superior de Educação Física, Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade: perspectivas multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2007). *Manual de observação psicomotora: Significação psiconeurológica dos factores psicomotores* (2a Ed.). Lisboa: Âncora Editora.
- Fonseca, V. (2008). *Terapia Psicomotora. Estudos de casos* (3ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Fonseca, V. (2010). Psicomotricidade: uma visão pessoal. *Construção Psicopedagógica*, 18 (17), 42-52. Consultado em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cp/v18n17/v18n17a04.pdf>.
- Fontenelle, L. (2001). Neurologia na adolescência. *Jornal de Pediatria*, 17 (2), 205-216.
- Fournier KA, Cauraugh JH, Lodha N, Hass CJ & Naik SK (2010). Motor coordination in Autism Spectrum Disorders: A synthesis and meta-analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders* (40), 227–1240.
- Franco, V., Melo, M., & Apolónio, A. (2012). Problemas do desenvolvimento infantil intervenção precoce. *Educar em Revista* (43), 46-64. Editora UFPR.

- Goulardins, Casella, E. J. & Marques, J. (2011). Quality of life and psychomotor profile of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 69 (4), 630-635.
- Gowen, E., & Hamilton, A. (2012). Motor Abilities in Autism: A review using a computacional context. *Journal Autism Developmental Disorder*.
- Gras, R. (2004). Discapacidade e intervenção psicomotriz em la atención temprana. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales* (22), 101-106.
- Green, D., Baird, G., Barnett, A., Henderson, L., Huber, J., & Henderson, E. (2002). The severity and nature of motor impairment in Asperger's syndrome: a comparison specific developmental disorder of motor function. *Journal of child psychology and psychiatry*, 43 (5), 655-668.
- Greenberg, S. (2000). Learning disabilities and attention deficit hyperactivity disorder. In e. Feldman W, *Evidence-Based Pediatrics*, 413-435. Hamilton: BC Decker. Consultado em <http://www.dokteranakku.com/downloads/Evidence%20Based%20Pediatric.pdf#page=413>.
- Gronita, J., Matos, C., Pimentel, J., Bernardo, A. & Marques, J. (2011). Crianças diferentes: O processo de construção de boas práticas. In *Intervenção Precoce*, (Relatório Final), pp.1-299. Fundação Calouste Gulbenkian.
- Guralnick, M. (1998). Effectiveness of early intervention for vulnerable children: a developmental perspective. *American Journal on Mental Retardation*, 102(4), 319-345.
- Guralnick, M. (2001). A developmental systems model for early intervention. *Infants and Young Children*, 14(2), 1-18.
- Guralnick, M. (Ed.) (2005). Chapter 1: an overview of the developmental systems model for early intervention. In *The developmental systems approach to early intervention*, pp. 2-23. EUA: Baltimore: Brookes.
- Guralnick, M. (2011). Why early intervention Works. *Infants & young children*, 24(1), 6-28).
- Henderson, S., & Sugden, D. (1992). *Movement assessment battery for children*. London: Psychological Corporation.
- Jansiewicz, E., Goldberg, M., Newschaffer, C., Denckla, M., Landa, R., & Mostofsky, S. (2006). Motor Signs Distinguish Children with High Functioning Autism and Asperger's. Syndrome from Controls. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36(5), 613-621.
- Jasmin, E., Couture, M., McKinley, P., Reid, G., Fombonne, E., & Gisel, E. (2009). Sensori-motor and Daily Living Skills of Preschool Children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39(2), 231-241.
- Jmyoung, P., Williams, H., & Burke, J. R. (1998). Development of bilateral motor control in children with developmental coordination disorders. *Developmental Medicine & Child Neurology* 40, 474-484.
- Johnson, R., & Mandell, C. (1998). A Social Observation Checklist for Preschoolers. *Teaching Exceptional Children*, 20 (2), 18-21.
- Kadesjo, B., & Gillberg, C. (1998). Attention deficits and clumsiness in swedish 7-year-old children. *Developmental Medicine & Child Neurology* 40, 796-804.
- Kirby, A., & Sugden, D. (2007). Children with developmental coordination disorders. *Journal of the royal society of medicine*, 100, 182-186.
- Leite, M. (2005). *Aquisição e Generalização de Mandos em uma Criança com Autismo*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Católica de Goiás, Brasil.
- Llinares, M., & Rodríguez, J. (2003). *Psicomotricidad y necesidades educativas especiales*. Málaga: Aljibe.

- Martins, R. (2001). *Questões sobre a identidade da psicomotricidade: as práticas entre o instrumental e o relacional*. In *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil - conceitos gerais. *Revista Portuguesa de clínica geral* (25) 669-76.
- McDonald, L., Rennie, A., Tolmie, J., Galloway, P., & McWilliam, R. (2006). Investigation of global developmental delay. *Archives of Disease in Childhood* (91) 701-705.
- McWilliam, R. (2013). Don't complicate early intervention: Focus on engagement, independence and social relationships. *Revista Diversidades* (35), 7-9.
- Meisels, S., & Shonkoff, J. (2000). Early childhood intervention: A continuing evolution. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.). *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp.3-31). Cambridge: University Press.
- Mello, A. (2005). *Autismo: Guia Prático*. AMA (Eds) (4ª ed). São Paulo: AMA: Brasília.
- Michael, J. (2009). Plasticity in the Developing Brain: Implications for rehabilitation. *Developmental Disabilities, Research Reviews* (15), 94-101.
- Minshew, N., Kinburn, S., Jones, B., & Furman, J. (2004). Underdevelopment of the postural control system un autism. *Neurology* 8(63), 2056-2061.
- National Scientific Council on the Developing Child (Eds.) (2007). The Timing and Quality of Early Experiences Combine to Shape Brain Architecture [Working Paper Nº. 5]. *Center on the Developing child at Havard University*. Consultado em www.developingchild.harvard.edu.
- National Scientific Council on the Developing Child (Eds.) (2012). The Science of Neglect: The Persistent Absence of Responsive Care Disrupts the Developing Brain [Working Paper Nº 12], em *Center on the Developing Child at Harvard University*. Consultado em www.developingchild.harvard.edu.
- Negrine, A., & Machado, M. (2004). *Autismo infantil e terapia psicomotriz: estudos de casos*. Caxias do Sul: Educ.
- Oliveira, G. (2007). Autismo: Comorbilidade, Diagnóstico Diferencial, Prognóstico e Intervenção Farmacológica. *Revista Diversidades*, 4(5), 4-9.
- Oliveira, G. (2009). Formação AMA: *Autismo [Manual]*. Unidade de Desenvolvimento e Autismo, Centro de Desenvolvimento Luís Borges, Direcção Regional Educação Centro, Viana do Castelo.
- Pereira, E. (1998). *Autismo: do conceito à pessoa* (2ª ed.). Lisboa: Secretariado Nacional para a Reabilitação.
- Pitcher, T., & Hay, D. (2003). Fine and gross motor ability in males with ADHD. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 45, 525-535.
- Poeta, S., e Neto, F. (2004). Estudo epidemiológico dos sintomas do transtorno do déficit de atenção/hiperactividade e transtornos de comportamento em escolares da rede pública de Florianópolis usando a EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3) 150-155.
- Provost, B., Lopez, B., & Heimerl, S. (2006). A comparison of Motor Delays in Young Children: Autism Spretum Disorder, Developmental Delay, and Developmental Concerns. *Journal Autism Developmental Disord.*
- Provost, B., Lopez, B., & Heimerl, S. (2007). Levels of Gross and Fine Motor Development in Young Children with Autism Spectrum Disorder. *Physical & Therapy in Pediatrics*, 27(3).
- Rodrigues, A. (2004). Crianças com hiperatividade: Da "doença" aos "estilos de aprendizagem". In J. Barreiros, M. Godinho, F. Melo, & C. Neto (eds). *Desenvolvimento e Aprendizagem - Perspetivas cruzadas* (pp.195-220). Cruz Quebrada, Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana, FMH edições.
- Rodriguez, M. (2007). La recherche en psychomotricité. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence* (55), 127-130.

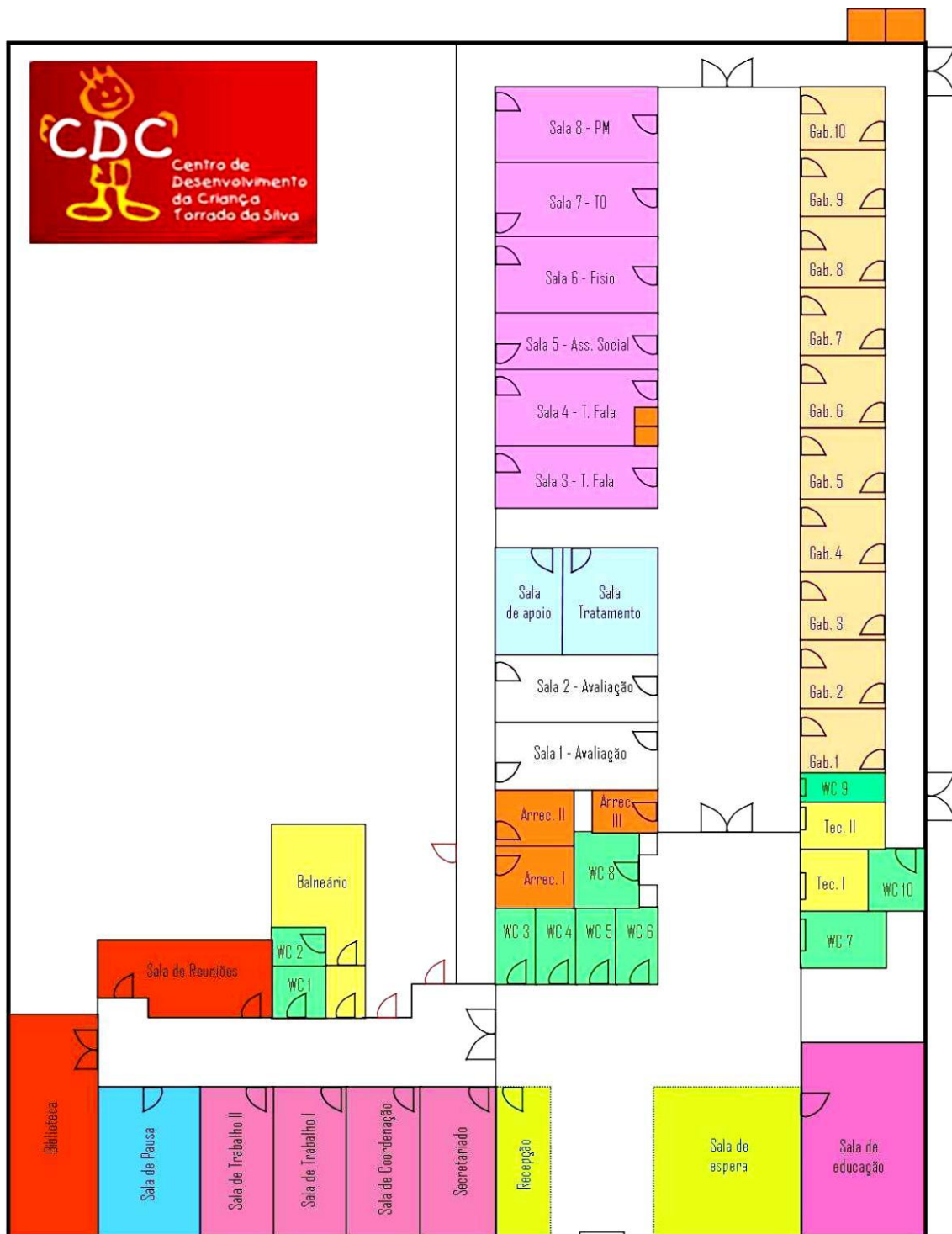
- Sameroff, A. (2010). A Unified Theory of Development: A Dialectic Integration of Nature and Nurture. *Child Development*, 81(1), 6–22.
- Santos, P. (2007). Pareceres de Peritos, nacionais, em Intervenção Precoce. In *Anexo 6 - Relatório Associação Nacional de Intervenção Precoce*.
- Sarmiento, R., Braga, A., Martins, A., & Almeida, M. (2008). Efeitos da Intervenção Psicomotora em uma criança com diagnóstico de TDAH (transtorno do déficit de atenção/hiperatividade) em seus aspectos psicomotores. *Movimentum-Revista Digital de Educação Física*, 3(1), 1-12.
- Serrano, A. & Boavida, J. (2011). Early Childhood Intervention. The Portuguese pathway towards inclusion. *Revista Educacion Inclusiva*, 4(1), 123-137.
- Shevell, M. M., S. Ashwal, M., D. Donley, M., J. Flint, M., M. Gingold, M., D. Hirtz, M., et al. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The practice Committee of the Child Neurology Society. *American Academy of Neurology* (60), 367-380.
- Shonkoff, J., & Phillips, D. (2000). *From neurons to neighborhoods: The science of early childhood development*. Washington: National Academy Press.
- Siegel, Bryna. (2008). *O mundo da criança com autismo. Compreender e tratar perturbações do espectro do autismo*. Porto: Porto Editora.
- Silva, E. D. (Abril de 2010). Documentação de suporte para docentes. *Sensibilização sobre o Autismo*. Autor.
- Silva, E., & Albuquerque, C. (2011). Atraso do desenvolvimento: A imprecisão de um termo. *Psicologia, saúde & doenças*, 12(1), 19-39.
- Staples, K., & Reid, G. (2010). Fundamental Movement Skills and Autism Spectrum Disorders. *Journal Autism Developmental Disorder*, 209–217.
- Tegethof, M. (2007). *Estudos sobre a Intervenção Precoce em Portugal: ideias dos especialistas, dos profissionais e das famílias*. Dissertação de doutoramento, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Portugal.
- Vieira, J. L., Batista, M., & Lapierre, A. (2005). *Psicomotricidade relacional: A teoria de uma prática* (2ª ed.). Curitiba: Filsofar.
- Walters, A. (2010). Developmental Delay – Causes and Investigation. *Paediatric Neurology*, 10, (2), 32-34.
- Wuang, Y.-P., Su, J.-H., & Su, C.-Y. (2012). Reliability and responsiveness of the Movement Assessment Battery for Children–Second Edition Test in children with developmental coordination disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 160-165.
- Yernaux, J. (2007). *La sémiologie psychomotrice: Au corps et au coeur du XXI ème siècle. Des pratiques psychomotrices à une intervention psychomotrice professionnelle spécifique*. Texte de la conférence donnée dans le cadre de la journée colloque du CEDEES, 1-9.
- Yu, W. T., Coulter, M., Chahrour, M., & Walsh, C. (2012). Autism Spectrum Disorders. In G. Ginsburg, & H. Williard (Eds.). *Genomic and Personalized Medicine* (2nd ed., pp. 1067-1074). Oxford: Academic Press.

| Anexos

ANEXO I:
Lista de Materiais da Psicomotricidade

Material de Psicomotricidade	
piscina de bolas	quadro branco
Cones	banco sueco
bastões	1 trampolim
Arcos	2 baloiços
3 traves azuis	5 colchoes
bolas de várias dimensões e texturas	cordas de várias cores
1 rede de bolas	jogos lúdicos e pedagógicos
1 espaldar	túnel acolchoado
1 espelho	raquetes
1 computador infantil;	1 relógio
esponjas com o formato de várias figuras geométricas	livros infantis
Brinquedos multifuncionais	5 triciclos
1 dado almofadado	argolas;
espadas de brincar	materiais com diferentes texturas
sacos de vários pesos	material de artes plásticas (e.g. plasticinas, pinturas faciais, pincéis, canetas de filtro, lápis de cor, lápis de cera, tintas e cartolina)
2 sapos coloridos	legos e outras peças de encaixe;
	instrumentos musicais (e.g. tambores, pandeiretas, baquetas, xilofones e guizo)
2 pares de andas	jogos de Mesa
1 jogo de Bowling	blocos para encaixar

Anexo II:
Planta do CDC



Anexo III:
Quadro das crianças acompanhadas

NOME	DATA NASC.	CONSULTA	MOTIVO DA CONSULTA	DIAGNÓSTICO	METODOLOGIA DE INTERVENÇÃO	OBSERVAÇÕES
D.G.	20/10/2008	Neuropediatria	Atraso global do desenvolvimento.	ADPM; PEA idiopático.	Observação passiva	Alta após ausência da técnica
J.B.	04/08/2006	Desenvolvimento	Dificuldades na linguagem; alterações do comportamento e imaturidade emocional.	ADPM	Avaliação	Alta
D.P.	21/08/2006	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades motoras globais.	ADPM; Epilepsia.	Observação passiva	Reavaliação- Alta
S. A.	28/01/2005	Desenvolvimento	Alterações do comportamento e da linguagem; dificuldades na aprendizagem.	ADPM; PCM;	Observação passiva	Reavaliação- Alta
D.C.	25/02/2009	Desenvolvimento	Dificuldades no desenvolvimento global, atraso da linguagem e instabilidade motora.	ADPM	Avaliação – Intervenção Individual	Alta (Março)
C. F.	11/08/2006	Desenvolvimento	Dificuldades de aprendizagem, indícios de imaturidade no seu desenvolvimento global e défice de atenção.		Avaliação	Alta
R. A.	29/04/2006	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades na motricidade fina, no planeamento motor e instabilidade motora.	Paralisia cerebral	Intervenção Individual	(continuação do trabalho da Técnica)
D. G.	15/09/2005	Desenvolvimento	PEA	PEA e ADPM.	Reavaliação – Intervenção Individual	(continuação do trabalho da Técnica)
R. O.	30/06/2007	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades na gestão do comportamento	Perturbação da linguagem	Intervenção Individual	Articulação com Terapeuta da Fala
J. C.	10/07/2006	Desenvolvimento	Perturbação da coordenação motora e dificuldades da atenção.	PCM	Intervenção Individual - Reavaliação	(Continuação do trabalho da Técnica).

S.S.	07/04/2008	Reabilitação Pediátrica	ADPM; dificuldades na linguagem; miopia acentuada.		Observação inicial	Reencaminhamento para estagiário 1º ciclo
R.D.	11/07/2008	Reabilitação Pediátrica	ADPM, com predominância da linguagem; agitação motora e dificuldades de concentração e atenção.		Avaliação – Intervenção Individual	
G.M.	16/06/2008	Desenvolvimen to	Preocupações com o comportamento e comunicação.	ADPM com perturbação da relação/comunicaçã o	Intervenção Individual	(continuação do trabalho da Técnica)
P.N.	19/10/2003	Desenvolvimen to	Dificuldades na atenção, escrita e na aprendizagem.	PHDA	Observação passiva	Intervenção com a Técnica desde Março de 2011. Alta após a sua ausência
A. F.	09/05/2007	Desenvolvimen to		PEA	Grupo pré-escolar	Intervenção com estagiário 1º ciclo
P.G.	02/10/2006	Desenvolvimen to	Dificuldades na linguagem e na coordenação motora. Preocupações com o comportamento.	PEA	Grupo pré-escolar	Intervenção com estagiário 1º ciclo
H.B.	18/04/2007	Reabilitação Pediátrica		PEA	Grupo pré-escolar	Intervenção com estagiário 1º ciclo
D.R.	30/10/2006	Desenvolvimen to	Preocupações com o desenvolvimento psicomotor e com a linguagem.	ADPM	Reavaliação – Intervenção Individual	(continuação do trabalho da Técnica). Alta em Junho.
P.G.	27/09/2006	Desenvolvimen to		ADPM	Observação inicial	Reencaminhamento para estagiário 1º ciclo
M.M.	05/01/2006	Psicologia	Agitação motora e défice de atenção.		Avaliação	Articulação com Psicologia (realização de sessões conjuntas).

						Alta em Maio
Grupo pré escolar (3 crianças)					Observação passiva	Alta em Dezembro após ausência da Técnica
Grupo escolar (4 crianças)					Observação passiva	Alta em Dezembro após ausência da Técnica
R. P.	05/01/2006	Reabilitação Pediátrica	Dificuldades escolares, com disortografia e disgrafia; dificuldades de atenção e na coordenação motora.		Avaliação	Reencaminhamento externo (Julho)
A. A.	16/12/2007	Reabilitação Pediátrica	ADPM, e dificuldades de atenção.		Avaliação	Reencaminhamento externo (Julho)
J.F.	25/02/2010	Reabilitação Pediátrica	ADPM, com predominância da linguagem; instabilidade psicomotora e dificuldades na atenção e concentração.		Avaliação	Reencaminhamento externo (Julho)

Anexo IV:
Ficha de registo BPM

BATERIA PSICOMOTORA

Destinada ao estudo do perfil psicomotor da criança
(Vitor da Fonseca, 1975)

Nome: _____

Data Nascimento ____ / ____ / ____ Idade: ____ Anos ____ Meses

Datas da Observação:

____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____ ____ / ____ / ____

Aspecto Somático:

ECTO

MESO

ENDO

Desvios Posturais: _____

Controlo Respiratório

		Auto-controlo	Amplitude
Inspiração	Boca		
	Nariz		
	Rápida		
	Lenta		
Expiração	Boca		
	Nariz		
	Rápida		
	Lenta		
Obs:			

	Duração	Auto-controlo	Fadiga
Apneia			
Obs:			

Fatigabilidade (durante toda a observação PM)	Obs:
---	------

Tonicidade

Hipotonicidade ☐

Hipertonicidade ☐

Abrir pernas		Pernas para trás		Pernas para o lado	
Ângulo		Ângulo		Distância	
Resistência		Resistência		Resistência	
Obs:					

Cotovelos atrás das costas		Esticar braços com mão para cima		Polegar no punho	
Distância		Distância		Distância	
Resistência		Resistência		Resistência	
Obs:					

		Pendularidade	Resistência	Coordenação	Manifestações emocionais
Passividade	Pernas (sentado)				
	Braços (de pé)				
	Obs:				

		Resistência	Auto-descontração	Manifestações emocionais
Paratonia (mobilizações passivas e quedas)	Membros sup			
	Membros inf			
	Obs:			

		Coordenação	Simetria	Movimentos parasitas (cotovelos e antebraços)	Manifestações emocionais
Diadococinésias (rodar as mãos)					
	Obs:				

		Bucais	Contralaterais
Sincinésias (contração máxima da mão dominante com bola de espuma)			
		Obs:	

Equilibração

Imobilidade	Posição Ortostática	Olhos fechados	Duração (60'')	Desequilíbrios	Quedas
	Obs:				

		Olhos fechados (6 anos)	Mãos à cintura	Duração (20'')	Desequilíbrios	Quedas
Equilíbrio Estático	Apoio rectilíneo					
		Obs:				
	Ponta dos pés					
		Obs:				
	Apoio num pé	D				
		E	Obs:			

		Pé ante pé	Mãos à cintura	Desequilíbrios	Quedas
Equilíbrio Dinâmico	Marcha controlada (linha 3m)				
			Obs:		
	Evolução na trave	Frente			
		Atrás			
		Lado dto			
		Lado esq			
	Obs:				
	Saltos (distância 3m)	Pé-coxinho esq			
		Pé-coxinho dto			
		Pés juntos para frente			
		Pés juntos para trás			
		Pés juntos olhos fechados			
	Obs:				

Lateralização


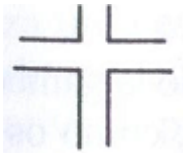
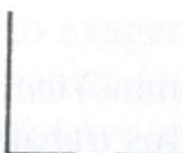
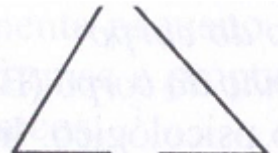
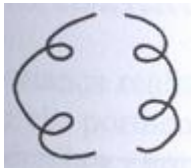

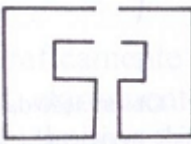
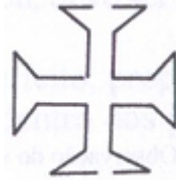
	D	E	Mista	Hesitações
Ocular (canudo de papel + buraco da folha)				
Auditiva (relógio + telefone)				
Manual (escrever + cortar papel)				
Pedal (passos à gigante + enfiar as calças)				
Obs:				

Noção do Corpo

Sentido Cinestésico																
4-5 anos	Nariz	Queixo	Olhos	Orelha	Ombro	Cotovelo	Mão	Pé	Obs:							
6 anos	Testa	Boca Lábios	Olho dto	Orelha esq	Nuca Pescoço	Ombro esq	Cotovelo dto	Joelho esq	Pé dto	Pé esq	Mão esq	Polegar	Indicador	Médio	Anelar	Mínimo
	Obs:															

				Hesitações
Reconhecimento dta-esq	4-5 anos (também para 6 anos)	Mostra-me a tua mão dta		
		Mostra-me a tua mão esq		
		Mostra-me o teu pé dto		
		Mostra-me o teu pé esq		
	Obs:			
	6 anos	Cruza a tua perna dta por cima do teu joelho esq		
		Toca na tua orelha esq com a tua mão dta		
		Aponta o meu olho dto com a tua mão esq		
		Aponta a minha orelha esq com a tua mão dta		
	Obs:			

	1	2	3	4
Auto-imagem (olhos fechados, tocar com o dedo indicador no nariz 2 vezes com cada mão)				
Obs:				

Imitação de gestos 4-5 anos				
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obs:				
6 anos				
				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Obs:				

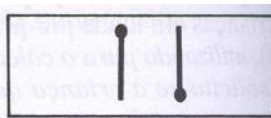
		Simetria	Proporções	Pormenores anatómicos
Desenho do corpo	4-5 anos (desenhar boneco o melhor que sabe)			
	6 anos (desenhar o seu corpo o melhor que sabe)			
	Obs:			

ESTRUTURAÇÃO ESPÁCIO-TEMPORAL

		Contagem correcta	Cálculo correcto	Alargamento e/ou encurtamento das passadas	Hesitações
Organização (andar 5m; contar passos em voz alta)	4-5 anos (+ 1 passo; - 1 passo)				
	6 anos (+ 3 passos - 3 passos)				
Obs:					

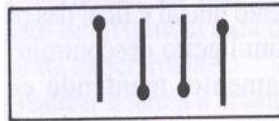
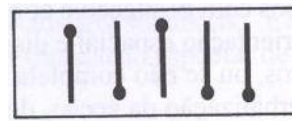
Estruturação dinâmica

Ficha de ensaio

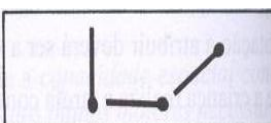
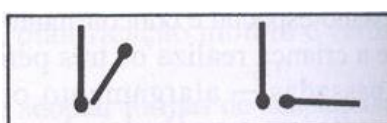
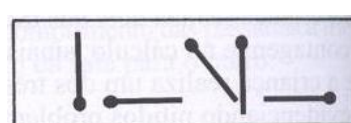

☐

Obs:

4-5 anos


☐

☐

☐

Obs:


☐

☐

☐

Obs:

	Realização da trajetória	Hesitações	Desorientações	Interrupções
Representação Topográfica (fazer desenho da sala; desenhar o percurso; realização motora do mesmo - ensaio; sequência do percurso; realização do mesmo)				
Obs:				

Estruturação rítmica												
1	•	.	.	•	.	.	•	.	.	•	.	
2	•			•	•	.	•	•	.	.	.	
3	•	•	.	.	•	.	.	•	•	.	.	
4	•	•	.	.	•	•	.	.	•	•	.	
5	•	.	.	•	.	.	.	•	•		•	
Obs:												

PRÁXIA GLOBAL

	Ensaio	1º	2º	3º	4º	Planeamento motor	Auto-controlo visuomotor
Coordenação óculo-manual							
Coordenação óculo-pedal							
Obs:							

Dismetria (orientação para o alvo; Observação das provas de coordenação)	Obs:
---	------

Dissociação

4-5 anos: demonstrar; 6 anos: explicação verbal

Membros Sup (repetir pelo menos 4 vezes)	2MD + 2ME	2MD + 1ME	1MD + 2ME	2MD + 3ME
	Obs:			
Membros Inf (repetir pelo menos 4 vezes)	2PD + 2PE	2PD + 1PE	1PD + 2PE	2PD + 3PE
	Obs:			
Membros Sup + Inf (repetir pelo menos 4 vezes)	1MD + 2ME + 1PD + 2PE	2MD + 1MD + 2PD + 1PE	2MD + 3ME + 1PD + 2PE	Agilidade (bater palmas ao mesmo tempo de abrir pernas)
	Obs:			

PRÁXIA FINA

	Duração		Planeamento motor	Auto-controlo visuomotor	Desatenção	Hesitação na lateralização
Coordenação Dinâmica Manual (compor e decompor uma pulseira de clips o mais rápido possível; 1 a 2 ensaios) 4-5 anos – 5 clips 6 anos – 10 clips	Compor					
	Decompor					
	Obs:					

	Planeamento motor	Hesitações/saltos na sequência	Repetições de oponibilidades	Sincinésias
Tamborilar (tocar dedos do indicador ao mínimo e inverso, 3 ensaios) 4-5 anos – olhos abertos 6 anos – olhos fechados				
Obs:				

		Nº	Planeamento motor	Hesitações/saltos na sequência
Velocidade-precisão (30'')	Pontos			
	Cruzes			
	Obs:			

Anexo V:
Ficha de Registo da TPMBO-2

TPMBO 2

Teste de Proficiência Motora de Bruininks-Oseretsky

Tradução e adaptação da 2ª Edição do Bruininks-Oseretsky Test of Motor Proficiency de Bruininks & Bruininks (2005). Exclusivamente para fins de investigação. C. Duarte, J. Carvalho, A. Rodrigues & P. Morato.

Não

fotocopiar

Nome Examinando

Género _____ Ano de Escolaridade _____

Escola _____

Nome do Examinador

Ano _____ Mês _____ Dia _____

Data da Avaliação _____

Data de Nascimento _____

Idade Cronológica _____

Mão Preferida no Desenho: Direita Esquerda

Mão/Braço Preferido no Lançamento: Direita Esquerda

Pé/Perna Preferida: Direita Esquerda

Observações Comportamentais e Outras

Existem algumas considerações que podem ter afectado a precisão dos resultados?

Foram realizadas adaptações para deficiências físicas?

Outras observações importantes a referir:

	Fraco	Médio	Bom	Excelente
Atenção	1	2	3	4
Fluidez do Movimento	1	2	3	4
Esforço	1	2	3	4
Compreensão	1	2	3	4

















Subteste 1: Precisão Motora Fina		Res. Bruto											Pontuação
1	Preenchimento de Formas – Círculo	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1	2	3					<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3						
2	Preenchimento de Formas - Estrela	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1	2	3					<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3						
3	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Acidentado	<div><div></div><div>erros</div></div>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
4	Desenhar Linhas Através de Percursos – Labirinto Curvado	<div><div></div><div>erros</div></div>	Bruto	≥21	15-20	10-14	6-9	4-5	2-3	1	0	<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
5	Ligação de Pontos	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
6	Dobrar Papel	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		
7	Recortar um Círculo	<div><div></div><div>pontos</div></div>	Bruto	0	1-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11	12	<div></div>	
			Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7		

Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 1
(max=41)



Subteste 2: Integração Motora Fina		Forma Básica	Fecho	Bordas	Orientação	Sobreposição	Dimensão Global	Res. Bruto	Pontuação
1	Copiar um Círculo	0 1	0 1	0 1			0 1		
2	Copiar um Quadrado	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
3	Copiar Círculos Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1		
4	Copiar uma Linha Ondulada	0 1		0 1	0 1		0 1		
5	Copiar um Triângulo	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
6	Copiar um Losango	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
7	Copiar uma Estrela	0 1	0 1	0 1	0 1		0 1		
8	Copiar Lápis Sobrepostos	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1	0 1		




















Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 2
(max=40)



*Para o subteste 2: Integração Motora Fina, somar os resultados, registar a soma na coluna do Resultado Bruto e transferir o resultado bruto de cada item directamente para a forma oval correspondente na coluna Resultado Padrão.

Subteste 3: Destreza Manual			Res. Bruto													Pontuação
			Ensaio 1	Ensaio 2												
1	Fazer Pontos em Círculos	 15 seg	 círculos		Bruto	0-4	5-10	11-15	16-20	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	≥51	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
2	Transferir Moedas	 15 seg	 moedas	 moedas	Bruto	0-2	3-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-18	19-20	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
3	Colocar Pinos numa Prancha	 15 seg	 pinos	 pinos	Bruto	0-2	3	4	5	6	7	8	9	10	≥11	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
4	Separar Cartas	 15 seg	 cartas	 cartas	Bruto	0-4	5-6	7-8	9-10	11-12	13-14	15-16	17-20	21-24	≥25	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
5	Enfiar Blocos	 15 seg	 blocos	 blocos	Bruto	0-1	2	3	4	5	6	7	8	9	≥10	
					Pontos	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	

Notas e Observações

Pontuação Total

Subteste 3
(max=45)



Anexo VI:
Folha de cotação da ABC

Movement Assessment Battery For Children

(SHEILA E. HENDERSON , DAVID A. SUGDEN, 1992)

DESTREZA MANUAL

Colocar as moedas

- António Ferreira

Mão dominante		Mão não dominante		Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas	Duração (seg)	Nº de tentativas	Recusa	
	1 2		1 2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

- Hugo Batoca

Mão dominante		Mão não dominante		Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas	Duração (seg)	Nº de tentativas	Recusa	
	1 2		1 2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

- Pedro Gonçalves

Mão dominante		Mão não dominante		Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas	Duração (seg)	Nº de tentativas	Recusa	
	1 2		1 2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

Enfiar os cubos

- António Ferreira

Mão utilizada:		Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas	Recusa	
	1 2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

•

Hugo Batoca

Mão utilizada:		
Duração (seg)	Nº de tentativas	
	1	2

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

•

Pedro Gonçalves

Mão utilizada:		
Duração (seg)	Nº de tentativas	
	1	2

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

Percurso de bicicleta

•

António Ferreira

Mão utilizada:		
Nº de desvios	Nº de tentativas	
	1	2

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

•

Hugo Batoca

Mão utilizada:		
Nº de desvios	Nº de tentativas	
	1	2

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

•

Pedro Gonçalves

Mão utilizada:		
Nº de desvios	Nº de tentativas	
	1	2

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

HABILIDADES COM BOLA

Apanhar o saco de feijões

•

António Ferreira

Recusa	
Não se aplica	

Lançamentos	1º				2º				3º				4º				5º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Lançamentos	6º				7º				8º				9º				10º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Observação qualitativa:

•

Hugo Batoca

Lançamentos	1º				2º				3º				4º				5º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Recusa	
Não se aplica	

Lançamentos	6º				7º				8º				9º				10º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Observação qualitativa:

•

Pedro Gonçalves

Recusa	
Não se aplica	

Lançamentos	1º				2º				3º				4º				5º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Lançamentos	6º				7º				8º				9º				10º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Observação qualitativa:

Rolar a bola entre as pranchas

•

António Ferreira

Lançamentos	1º				2º				3º				4º				5º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Lançamentos	6º				7º				8º				9º				10º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Observação qualitativa:

•

Hugo Batoca

Lançamentos	1º				2º				3º				4º				5º			
Tentativas	v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F		v	x	F	

Lançamentos	6º			7º			8º			9º			10º		
Tentativas	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F

Observação qualitativa:

•	Pedro Gonçalves	Recusa	
		Não se aplica	

Lançamentos	1º			2º			3º			4º			5º		
Tentativas	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F

Lançamentos	6º			7º			8º			9º			10º		
Tentativas	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F	v	x	F

Observação qualitativa:

EQUILÍBRIO ESTÁTICO

•	António Ferreira
---	------------------

Perna dominante			Perna não dominante			Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas		Duração (seg)	Nº de tentativas		Recusa	
	1	2		1	2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

•	Hugo Batoca
---	-------------

Mão dominante			Mão não dominante			Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas		Duração (seg)	Nº de tentativas		Recusa	
	1	2		1	2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

•	Pedro Gonçalves
---	-----------------

Mão dominante			Mão não dominante			Falha	
Duração (seg)	Nº de tentativas		Duração (seg)	Nº de tentativas		Recusa	
	1	2		1	2	Não se aplica	

Observação qualitativa:

EQUILÍBRIO DINÂMICO

Saltar por cima da corda

•	António Ferreira
---	------------------

Observação

Condições de sucesso	à 1ª	à 2ª	à 3ª
Falha			
Recusa			
Não se aplica			

- Hugo Batoca Observação

qualitativa:

Concretiza c/ sucesso	à 1ª	à 2ª	à 3ª
Falha			
Recusa			
Não se aplica			

- Pedro Gonçalves Observação

qualitativa:

Concretiza c/ sucesso	à 1ª	à 2ª	à 3ª
Falha			
Recusa			
Não se aplica			

Andar em bicos dos pés

- António Ferreira

Nº de passos corretos	Nº de tentativas		
	1	2	3

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

- Hugo Batoca

Nº de passos corretos	Nº de tentativas		
	1	2	3

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

Observação qualitativa:

Falha	
Recusa	
Não se aplica	

•

Pedro Gonçalves

Nº de passos corretos	Nº de tentativas		
	1	2	3

Observação qualitativa:

Anexo VII:

Escala de observação dos comportamentos sociais

Escala de Observação dos Comportamentos Sociais para Crianças de Idade Pré-escolar em Ambientes de Integração

(Traduzido e adaptado de Jonhson e Mandell, 1988, por Teresa Brandão, 1991)

Nome da criança: _____ Data de Nasc. _____
 Data de Observação: _____ Responsável: _____

Comportamento	Expectativas para a Classe (+/-)	Observação do comportamento da criança (+/-)	Comentários	Alternativas /estratégias
Joga com as outras crianças				
Pede ajuda quando necessita				
Obedece às regras de classe				
Centra-se nas tarefas por curtos períodos de tempo				
Inicia interações com outras crianças				
Inicia interações com adultos				
Observa outras crianças				
Imita outras crianças				
Toma decisões simples				
Realiza a alternância de papéis				
Respeita os bens dos outros				
Respeita os sentimentos dos outros				
Segue instruções simples				

Utiliza formas verbais para expressar necessidades ou emoções				
Utiliza formas não verbais para expressar necessidades ou emoções				

Anexo VIII:

Questionário I

Questionário 1

Adaptado do “Inventario das Necessidades da Família” (Bailey, PH.D. e Simeonsson, PH.D) e do “Family Interest Survey” (J. Cripe e D. Bricker, 1993) por M.Monteiro e R. Muchaxo, em 2013.

O seguinte questionário tem como objectivo ajudar os técnicos e as famílias na tomada de decisões adequadas relativamente ao desenvolvimento de planos de intervenção individualizados. Encontra-se dividido em 3 partes. A primeira refere-se a interesses relacionados com a família, a segunda com interesses relacionados especificamente com a criança e a terceira com interesses relacionados com a comunidade.

INSTRUÇÕES: Para completar este questionário leia cada item e coloque uma cruz no local correspondente.

Assinale:

- 1 – Se o item constituir um interesse prioritário;
- 2 – Se estiver interessado no item mas este não constitui uma prioridade actual;

ESTOU INTERESSADO(A) EM:	1	2	3	N/A
Explicar as necessidades especiais do meu filho aos irmãos, avós, amigos.				
Obter apoio para os meus outros filhos.				
Envolver a família e amigos nos cuidados ou nos tempos livres do meu filho.				
Aconselhamento para a minha família.				
Aprendermos a resolver, nós mesmos, os problemas familiares e a encontrar soluções.				

Obter mais apoio para mim e/ou companheiro (Ex.da parte dos amigos, companheiro/a e vizinhos).				
Ter alguém com quem falar.				
Ter mais tempo para mim mesmo.				
Divertir-me e ter tempos de lazer, com a minha família				

3 – Se não estiver interessado neste momento.

N/A- Não se aplica

INTERESSES RELACIONADOS COM A FAMÍLIA

INTERESSES RELACIONADOS COM A CRIANÇA

ESTOU INTERESSADO/A EM:	1	2	3	N/A
Saber mais acerca das capacidades e necessidades atuais do meu filho.				
Obter informação sobre serviços e programas para o meu filho.				
Fazer planos para programas e serviços futuros.				
Saber como o meu filho cresce e se desenvolve (Ex. nas áreas social, motora e de autonomia).				
Aprender formas de lidar com e ajudar o meu filho (Ex. dieta e saúde).				
Obter mais informação sobre legislação que tenha que a ver com o meu filho e com os meus direitos.				
Ensinar o meu filho.				
Lidar com o comportamento do meu filho.				
Como falar e a brincar com o meu filho.				

INTERESSES RELACIONADOS COM A COMUNIDADE

ESTOU INTERESSADO/A EM:	1	2	3	N/A
Encontrar-me com outras famílias.				

Obter mais informações sobre recursos e instituições que poderiam ser úteis no que diz respeito a:				
- Cuidados médicos e terapêuticos				
-Treino vocacional.				
- Brinquedos, equipamento adequado.				
Incluir o meu filho em actividades.				
Voluntariado juntamente com outras famílias e projetos.				

Outros: Por favor, indique outros assuntos ou forneça informação que pensa ser importante que seja discutida.

Obrigada pela sua colaboração!

ANEXO IX:

Inventário de comportamento da criança para Pais

INVENTÁRIO DE COMPORTAMENTO DA CRIANÇA PARA PAIS

(T.M. ACHENBACH, 1991)

Nome da criança: _____ Sexo _____

Idade _____ Data de nascimento _____ Ano de escolaridade _____.

Tipo de trabalho do pai _____

Tipo de trabalho mãe _____

Questionário preenchido por _____

Data de preenchimento _____.

Por favor, responda a este questionário de maneira a exprimir a sua opinião acerca do comportamento do seu filho(a). Se assim o entender, pode escrever os comentários que quiser no espaço indicado para o efeito na página 4.

^a. Por favor, faça uma lista dos desportos em que o seu filho (a) gosta de participar. Por exemplo: natação, futebol, andar de bicicleta, etc.

_ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

1- B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

I-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como é que se sai em cada um deles?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

II-A. Por favor, faça uma lista dos passatempos, actividades e jogos (fora os desportos) que o seu filho(a) prefere. Por exemplo: selos, bonecos, livros, piano, trabalhos manuais, canto, etc. (Não incluir rádio ou TV):

_ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, mais ou menos quanto tempo dedica a cada um deles?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

II-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, como se sai em cada um deles?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

III-A. Por favor, faça uma lista de organizações, clubes, equipas ou grupos a que o seu filho (a) pertence. Por exemplo: escutismo, associações desportivas, etc.

_ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

III-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau é activo (a) em cada um?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

IV-A. Por favor, indique os pequenos trabalhos ou tarefas que o seu filho(a) faz. Por exemplo: ir às compras, arrumar o seu quarto, lavar a louça, tomar conta de crianças, etc.

_ Nenhum

a. _____

b. _____

c. _____

IV-B. Em comparação com as outras crianças da mesma idade, que grau é activo em cada um?

Não sei _____

Abaixo da média _____

Na média _____

Acima da média _____

V-I. Aproximadamente quantos(as) amigos (as) íntimos (as) tem o seu filho(a)? (Não inclua os irmãos)

____ Nenhum ____ 1 ____ 2 ou 3 ____ 4 ou mais.

V-2. Aproximadamente quantas vezes por semana se encontra com eles fora do horário escolar?

___Menos do que uma___1 ou 2___ 3 ou mais.

VI-A. Em comparação com outras crianças da sua idade como é que é o seu filho(a):

- a. Se dá com os irmãos?
- b. Se dá com as outras crianças?
- c. Se comporta com os seus pais?

Pior	Mais ou menos a mesma coisa	Melhor

VI-B. d. Brinca e trabalha sozinho?

VIII-I. Rendimento escolar actual (para crianças com 6 A ou mais velhas):

___Não anda na escola

- a. Leitura ou Língua Portuguesa
- b. Escrita, Redação
- c. Aritmética ou Matemática
- d. História ou Estudos Sociais

Não satisfaz	Abaixo da média	Na média	Acima da média

- e. Outras disciplinas (Línguas, Geografia)

e. _____

f. _____

g. _____

VII-2. O seu filho(a) frequenta uma classe ou escola de ensino especial? ___Não ___Sim.

De que tipo?

.....
.....

VIII-3. O seu filho (a) tem algum problema de aproveitamento ou de outro tipo na escola? ___Não___Sim.

Por favor descreva

.....
.....
Quando começaram esses problemas?

.....
.....
Esses problemas já terminaram? ____ Não ____ Sim. Quando?.....

O seu filho (a) tem alguma doença ou deficiência física ou mental? ____ Não ____ Sim.

Descreva?.....
.....

O que é que mais o(a) preocupa no seu filho(a)?

.....
.....
.....
.....

Descreva as melhores qualidades do seu filho (a):

.....
.....
.....
.....

Por favor escreva, se assim o desejar, quaisquer comentários respeitantes ao comportamento do seu filho(a).

.....
.....
.....
.....

Apresenta-se a seguir uma lista de frases que se utilizam para descrever características de crianças e jovens. Leia cada uma delas e indique até que ponto elas descrevem a maneira como o seu filho(a) é atualmente ou tem sido durante os últimos 6 meses. Coloque um círculo à volta do “ se, tanto quanto é do seu conhecimento, essa descrição é verdadeira. Se a descrição só **às vezes for verdadeira**, coloque um círculo à volta do 1. Se a descrição não for verdadeira, coloque um círculo no 0. Por favor, responda o melhor que puder a todas as questões, ainda que lhe pareça que algumas não se aplicam ao seu filho(a).

0=Não verdadeira (tanto quanto sabe)

1= às vezes verdadeira

2= Muito Verdadeira

- 0 1 2 1. Comporta-se de uma maneira demasiado infantil para a sua idade
0 1 2 2. Tem alergias (descreva):.....
0 1 2 3. Discute por tudo e por nada
0 1 2 4. Tem asma
0 1 2 5. Comporta-se como se fosse do sexo oposto
6. Não tem controlo intestinal

7. É fanfarrão ou gabarola
8. Não consegue concentrar-se, é incapaz de estar atento durante muito tempo.
9. Não consegue livrar-se de certos pensamentos ou obsessões (descreva):
.....
.....
10. Não é capaz de se manter sentado(a), é irrequieto(a) ou hiperactivo(a).
11. Prende-se demasiado aos adultos ou é demasiado dependente
12. Queixa-se de solidão
13. Parece confuso(a) ou desorientado(a)
14. Chora muito
15. É cruel para com os animais.
16. É cruel, violento(a) ou mesquinho(a) para com os outros
17. Sonha acordado(a) ou perde-se nos seus pensamentos
18. Fere-se de propósito ou tenta suicidar-se
19. Exige muita atenção
20. Destrói as suas próprias coisas.
21. Destrói coisas da sua família ou das outras crianças
22. É desobediente em casa
23. É desobediente na escola
24. Não come bem
25. Não se dá bem com as outras crianças.
26. Não parece sentir-se culpado(a) depois de se ter comportado mal
27. É ciumento(a), dado a invejas
28. Come ou bebe coisas que não são alimentos (indique quais):.....
29. Tem medo de animais, situações ou lugares (sem ser medo da escola) (descreva-os):.....
.....
30. Tem medo de ir para a escola
31. Tem medo de poder pensar ou fazer qualquer coisa de mal.
32. Sente que tem de ser perfeito(a).
33. Sente ou queixa-se de que ninguém gosta dele(a).
34. Sente que os outros andam atrás dele (a) para o (a) acompanharem (sente-se perseguido).
35. Acha-se sem valor ou sente-se inferior aos outros
36. Magoa-se muito, é propenso(a) a acidentes
37. Mete-se em muitas bulhas
38. Fazem pouco dele(a) frequentemente
39. Anda com outros que se metem em sarilhos
40. Ouve sons ou vozes que não existem (descreva):
.....
.....
41. É impulsivo(a) ou age sem pensar
42. Gosta mais de estar sozinho(a) que acompanhado(a)
43. É mentiroso(a) ou batoteiro (a)
44. Rói as unhas
45. É nervoso(a), excitável ou tenso(a)
46. Tem movimentos nervosos ou tiques (descreva):

-
-
47. Tem pesadelos
48. Os outros miúdos não gostam dele (a)
49. Sofre de prisão de ventre, não faz trabalhar os intestinos
50. É demasiado medroso(a) ou ansioso(a)
51. Tem tonturas
52. Sente-se demasiado(a) culpado
53. Come demais
54. Cansa-se demais
55. Tem peso excessivo
56. Apresenta problemas físicos sem causa médica conhecida:
- a) Dores (sem ser dores de cabeça)
- b) Dores de cabeça
- c) Náuseas, enjoos
- d) Problemas de visão (descreva-os):
-
-
- e) Irritações cutâneas ou outros problemas de pele
- f) Dores de estômago
- g) Vómitos
- h) Outros problemas (descreva-os):
-
-
57. Agride fisicamente as pessoas
58. Arranca coisas do nariz, da pele ou de outras partes do corpo (descreva):
-
-
59. Brinca com os órgãos sexuais em público
60. Brinca demasiadamente com o seu próprio sexo
61. O seu trabalho escolar é fraco
62. Tem má coordenação motora, é desajeitado (a)
63. Prefere andar com crianças mais velhas
64. Prefere andar com crianças mais novas
65. Recusa-se a falar
66. Repete insistentemente certos actos ou tem compulsões (descreva):
-
-
67. Foge de casa
68. Grita muito
69. É reservado(a), guarda as coisas para si
70. Vê coisas que não se encontram presentes (descreva):
-
-
71. Mostra-se embaraçado(a) ou pouco à vontade
72. Pega fogo de propósito
73. Tem problemas sexuais (descreva):

-
-
74. Gosta de se exhibir ou fazer palhaçadas
75. É envergonhado(a) ou tímido(a)
76. Dorme menos do que a maior parte das crianças
77. Dorme mais do que a maior parte das crianças durante o dia e/ou a noite (descreva):
-
-
78. Suja-se ou brinca com as fezes
79. Tem problemas da fala (descreva):
80. Tem um olhar fixo e vazio
81. Rouba em casa
82. Rouba fora de casa
83. Acumula coisas de que não necessita (descreva):
-
-
84. Tem comportamentos estranhos (descreva):
-
-
85. Tem ideias estranhas (descreva):
-
-
86. É teimoso(a), carrancudo(a) ou irritável
87. O seu humor ou os seus sentimentos mudam bruscamente
88. Amua facilmente
89. É desconfiado(a)
90. Diz palavrões ou usa linguagem obscena
91. Fala em matar-se
92. Fala ou anda durante o sono (descreva):
-
-
93. Fala demasiado
94. Arrelia demasiado os outros
95. Tem birras, exalta-se facilmente
96. Pensa demasiado em sexo
97. Ameaça as outras pessoas
98. Chupa o dedo
99. Preocupa-se demasiado com a limpeza e o asseio
100. Tem dificuldades em dormir (descreva):
-
-
101. Anda na vadiagem ou falta a escola sem razão
102. É pouco desembaraçado(a), vagaroso(a) ou falho(a) de energia
103. Parece infeliz, triste, deprimido (a)
104. É invulgarmente barulhento
105. Consume álcool, drogas ou remédios sem recomendação médica (descreva):
-
-

106. Destrói as coisas por simples maldade (vandalismo)
107. Faz xi-xi nas roupas durante o dia
108. Faz xi-xi na cama
109. Choraminga
110. Gostaria de ser do sexo oposto
111. Isola-se, não se mistura com os outros
112. Preocupa-se muito
113. Por favor, indique outros problemas do seu filho(a) que não tenham sido referidos:

0 1 2
 0 1 2
 0 1 2

**VERIFIQUE, POR FAVOR, SE RESPONDEU A TODAS AS QUESTÕES.
 SUBLINHE AS QUE O (A) PREOCUPAM DE UM MODO PARTICULAR.**

ANEXO X:
Exemplo de relatório de Avaliação

Relatório da Avaliação Psicomotora de R.D.

D.N.: 11/07/2008

O R.D. foi observado em Psicomotricidade no âmbito da consulta de Desenvolvimento, por apresentar um Atraso Global do Desenvolvimento, com predominância da linguagem, agitação motora, bem como, dificuldades de concentração e atenção.

Desde o primeiro contacto, o R.D. demonstrou ser um menino meigo e cooperante, interagindo de modo indiferenciado. Durante a avaliação, não se registaram alterações de humor ou desvios comportamentais significativos. Interege com facilidade, recorrendo frequentemente a gesticulações e verbalizando frases curtas.

No momento com 4 anos e 5 meses de idade, foi observado através do Teste de Proficiência Motora Bruininks-Oseretsky – 2ª edição e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM).

Na **motricidade fina**, a tarefa de preenchimento de formas é cumprida com êxito, mas com alguns desvios do traço e um padrão aleatório. O manuseamento e dobrar de folhas parece ser uma tarefa com grau de exigência significativo. Os resultados revelaram-se satisfatórios a nível do recorte. Nas provas de integração motora fina, onde se pretende a cópia de oito figuras geométricas, a forma básica das figuras foi mantida apenas em três das figuras apresentadas (círculo, quadrado e linha ondulada). Na coordenação e dinâmica manual, observa-se alguma descoordenação, mas um planeamento motor adequado, embora se tenha verificado alguma desatenção e hesitação. Observaram-se manifestações emocionais ao longo de todas as atividades (movimentos bocais, serrar dos dentes e alguma inquietação motora), pouca destreza e fluidez dos movimentos dos dedos e mãos, bem como, rigidez na preensão e fraca coordenação manual.

Nas tarefas relativas ao **equilíbrio**, o R.D. não se consegue manter imóvel durante um período de tempo. Revela, oscilações e desajustes posturais acentuados, bem como manifestações emocionais (movimentos faciais, risos) que parecem dificultar o seu desempenho. Permanece em equilíbrio estático, com o apoio dos dois pés e com os olhos abertos, revelando algumas oscilações e desequilíbrios. Em apoio na ponta dos pés e unipodal (pé coxinho), executa a tarefa apenas com ajuda física. A nível do equilíbrio dinâmico, observam-se menos dificuldades, realizando todas as tarefas pedidas autonomamente: salta com pés juntos para a frente, para trás e com os olhos fechados, exibindo desembaraço, mas revelando desequilíbrios e pouca coordenação motora. No apoio unipodal em movimento, observam-se oscilações significativas e reajustes posturais constantes. A evolução na trave revelou algumas dificuldades e coordenação imatura.

Em termos de **lateralização**, o R.D., a nível ocular e manual observa-se uma predominância direita, e auditiva e pedal mista.

No que concerne à **noção do corpo**, o R.D. reconhece e identifica as diferentes partes do corpo com sucesso. Revela algumas manifestações tónico-emocionais com maior contato e proximidade física (oscilações e fuga com o corpo, risos). É capaz de reconhecer a mão direita, mas ainda revela insegurança no reconhecimento dos segmentos do seu lado esquerdo. No subteste da auto imagem, cumpre o objetivo da tarefa, mas com necessidade de reforço e mediação física. Na imitação de gestos, demonstra atenção, mas antecipa constantemente a tarefa, não

esperando pelo fim da instrução para a iniciar, o que parece prejudicar a sua prestação. Esforça-se, executando todos os gestos apresentados, mas apenas completa uma forma corretamente. No desenho do corpo, observa-se uma grande amplitude da cabeça, comparativamente com a forma reduzida dos braços e pernas representados. São visíveis também algumas assimetrias, e pormenores faciais (ex: olhos, nariz e boca).

Relativamente à **estruturação espaço-temporal**, o R.D. revelou maior facilidade em tarefas de reconhecimento e memória visual, em curtos espaços de tempo. Apresenta boa prestação na reprodução imediata de uma sequência apresentada, porém, com o aumento gradual da complexidade das tarefas, há uma diminuição do seu desempenho. A impulsividade e pouca inibição motora são algumas manifestações que parecem influenciar o seu desempenho. Não compreende a tarefa de organização, desorganizando-se e recusando-se a fazê-la.

Na **motricidade global**, nas tarefas de coordenação óculo-manual e óculo-pedal, o desempenho do R.D. é menos satisfatório. Observa-se pouca organização e planeamento da ação motora. A coordenação e auto controlo motor são imaturos, verificando-se pouca agilidade na orientação e precisão do movimento com a bola, tanto a nível dos membros superiores, como inferiores. A tarefa de dissociação de membros inferiores e superiores, revela resultados semelhantes (pouco controlo e planeamento motor), que parecem, contudo, ter sido influenciados pela não compreensão da tarefa.

De um modo geral, o R.D. revela boa compreensão e esforço de trabalho, porém dispersa com facilidade, sobretudo com o aumento do tempo da sessão e do grau de exigência das tarefas.

Com a avaliação verificou-se que o R.D. apresenta um perfil de desenvolvimento psicomotor heterogéneo, abaixo do esperado para a sua idade cronológica. Apresenta como áreas fortes a noção do corpo, lateralização, nível de compreensão e empenho. Revelaram-se lacunas significativas a nível do equilíbrio, coordenação motora grossa e fina.

Propõe-se Intervenção Psicomotora, com carácter semanal, que contribua para a evolução positiva do seu desenvolvimento global. Será importante estruturar e organizar o R.D. no sentido de melhorar as áreas que se revelaram menos fortes. Esta intervenção poderá ser particularmente enriquecida com atividades físicas desportivas que potencializem a melhor coordenação, equilíbrio e agilidade, como a natação e o karaté. Será importante ter em atenção a evolução da situação e reavaliar periodicamente.

Almada, 12 de Janeiro de 2013

A Psicomotricista Estagiária

A Médica do Desenvolvimento

(Márcia Monteiro)

ANEXO XI:
Exemplo de relatório de Intervenção

Relatório de Intervenção de G.M.

D.N.: 16/06/2008

O G.M. está a ser acompanhado em Psicomotricidade, pela estagiária, em sessões semanais, desde Março de 2013. Foi reencaminhado pela consulta de Reabilitação Pediátrica, por apresentar atraso global do desenvolvimento, com perturbação da relação e comunicação.

Desde o primeiro contacto, o G.M. demonstrou ser uma criança afetiva e simpática. Estabelece contacto ocular e verbal. Perante as suas especificidades próprias e idade, não foi exequível uma avaliação formal. O G.M. mostrou-se indisponível em colaborar, apresenta comportamentos de fuga da atividade e dificuldade em manter a atenção e concentração por longos períodos de tempo. Realizou-se, deste modo, uma avaliação psicomotora inicial com carácter informal e qualitativa. Observou-se lentidão na execução e destreza psicomotora, dificuldades em se expressar e comunicar, imaturidade emocional para a idade, e lacunas ao nível da motricidade e coordenação global e fina.

Em contexto de Intervenção, o G.M. apresenta variações emocionais e comportamentais, oscilando entre momentos de cooperação e participação, e outros de dispersão fácil e alheamento das atividades. Pretendeu-se em primeiro lugar, ajudar o G.M. a organizar-se, no sentido de facilitar o seu envolvimento nas dinâmicas com o técnico, facilitando, de forma gradual, situações que ajudassem a promover a atenção conjunta e a sua participação espontânea. Posteriormente, procurou-se estruturar mais as sessões, procurando ir ao encontro dos gostos e interesses do G.M, de forma a estimular globalmente todas as áreas do desenvolvimento. O trabalho realizado foi assim bastante versátil e rico.

Observou-se uma evolução gradual no sentido de um maior interesse e colaboração, no cumprimento das instruções e do tempo de envolvimento nas tarefas. Com o recurso sistemático a diferentes estímulos (visuais, físicos e auditivos) e um reforço adequado, o G.M. é capaz de terminar as tarefas propostas, alcançando os seus objetivos e resultados satisfatórios.

Verificou-se uma maior motivação e, conseqüentemente, melhorias no desempenho, em atividades estruturadas e da motricidade global (e.g.: jogos de bola, circuitos, labirintos com obstáculos, etc.). Gosta de jogos de associação (de cores, formas e semelhanças), atividades musicais, de explorar e organizar o espaço e os materiais. Mantém a atenção conjunta por períodos mais longos, brinca com o outro e gosta de partilhar os objetos e o espaço. Demonstra um receio inicial em percorrer e se equilibrar em cima de superfícies instáveis, mas foi capaz de alcançar a independência e uma maior segurança no seu desempenho. Percorre pistas de obstáculos, lança e pontapeia a bola (ou outros objetos), tendo em atenção a trajetória definida, demonstrando inclusive uma maior coordenação, força de execução e planeamento motor. Salta com os dois pés, demonstrando maiores dificuldades no apoio unipodal e no controlo motor do corpo em situações de coordenação sequencial e simultânea dos membros superiores (e.g.: saltos “polichinelo”, coordenar a bola enquanto anda/corre).

Apresenta igualmente uma boa organização e atitude adequada para atividades que exigem maior nível de atenção e menor desempenho motor. Porém, as atividades cognitivas, gráficas e de mesa, são onde se verificam desempenhos mais fracos. O G.M. dispersa com maior facilidade e observa-se um maior cansaço físico. A inclusão paralela de tarefas que envolvam ações motoras, alcançam, normalmente,

mais facilmente os objetivos traçados e o sucesso. Verificam-se dificuldades a nível de destreza grafomotora fina, controlo e precisão manual fina, muito relacionadas com o seu nível de atenção e disposição para a tarefa. Ainda ao nível das capacidades gráficas, no início da intervenção, o desenho era muito pobre, com poucos pormenores e pouco investido. Atualmente, observa-se maior interesse e investimento espontâneo pelo desenho, alguma inclusão de pormenores na representação simbólica e um traço mais controlado.

Realiza jogos de associação de cores e corporais. Verbaliza e identifica algumas partes do corpo, reconhecendo em si e no outro distintos segmentos corporais, apresenta maior facilidade no reconhecimento da esquerda e da direita. Gosta de brincar com o corpo e não apresenta particularidades sensitivas. Toca e estabelece contacto corporal com diferentes texturas e objetos, responde positivamente a estímulos visuais e sonoros.

De um modo geral, e como balanço do processo de intervenção, o G.M. mostra-se uma criança mais segura na realização das tarefas propostas. Expressa o que quer, verbalmente e gestualmente, nomeia o nome dos objetos/cores, pede para fazer atividades do seu interesse, ou ajuda quando sente maiores dificuldades. Verificam-se melhorias ao nível da coordenação e destreza motora global, interesse e organização, que poderão estar relacionadas com a sua atitude e disposição perante a relação com o técnico e o contexto de Intervenção. Apesar destas evoluções, o G.M. ainda apresenta dificuldades, verificando-se a necessidade de estimular globalmente todas as áreas, sobretudo, a nível da organização do pensamento, áreas de atenção, compreensão e de expressão.

Será importante ajudar o G.M. a estruturar-se e organizar-se, bem como, reforçar e valorizar todas as suas ações, atribuindo-lhes um sentido, de forma a permanecer na tarefa por períodos de tempo mais longos. Atividades mais estruturadas, preferencialmente com envolvimento motor, o recurso a vários estímulos (visuais, sonoros, físicos, etc.), à repetição, organização prévia do espaço e à verbalização das instruções, poderão constituir estratégias positivas, no sentido de estimular a continuidade do desenvolvimento psicomotor.

Sugere-se a continuação dos apoios e das atividades física desportivas, potencializando a melhor coordenação, agilidade e socialização com crianças da mesma idade. Será importante ter em atenção a evolução da situação e reavaliar periodicamente.

Almada, 17 de Junho de 2013

A Psicomotricista estagiária

A Médica responsável

(Márcia Monteiro)

ANEXO XII:
Exemplo de relatório de observação

Relatório da Observação Psicomotora de D.G.

D.N.: 15/09/2005

O D.G. está a ser acompanhado em psicomotricidade desde de 26 de Novembro de 2010, e pela estagiária desde Março de 2013, após avaliação de linguagem e avaliação psicomotora, no âmbito da consulta de Desenvolvimento.

O D.G., realizou uma avaliação a 7 de Fevereiro de 2010, com 4 anos e 5 meses, tendo-se observado um nível de proficiência motora abaixo do esperado para a sua faixa etária. Apurou-se uma maior motivação e consequente melhor desempenho em atividades de pintura, atividades com bolas e de equilíbrio dinâmico. As suas maiores dificuldades situaram-se ao nível da coordenação motora bilateral e atividades de desenho e recortes. Conjuntamente, verificam-se grandes dificuldades na compreensão das instruções de atividades mais complexas.

Atualmente, com 7 anos e 8 meses, iniciou-se uma reavaliação formal, tendo por base o teste de proficiência motora (TPMBO – 2) e a Bateria Psicomotora de Vítor da Fonseca (BPM),

O D.G. é uma criança simpática e bastante comunicativa. Parece compreender as instruções que lhe são dadas, no entanto, não colabora nas atividades solicitadas, demonstrando um tempo de atenção reduzido e dispersando com facilidade. Foram explicadas as atividades repetidamente, bem como a sua importância à criança. Porém, e tal como na avaliação anterior, a sua atitude é oscilante, entre momentos de calma e concentração, e outros opostos, de impulsividade, distração e até comportamentos de oposição/desafio. Não foi, por isso, possível concluir a avaliação. O D.G. mostrou-se indisponível em colaborar, apresenta comportamentos de recusa, fuga e manipulação da atividade.

Em contexto de intervenção, o D.G. evidencia maior motivação em atividades de cariz motor, sobretudo associadas a jogos simbólicos. Parece evidenciar melhorias, apresentando-se mais ágil perante tarefas de equilíbrio, coordenação e organização corporal no espaço.

Em atividades que exigem maior nível de atenção e menor desempenho motor, o Dário mostra-se mais irrequieto e evidencia maior tendência a dispersar da tarefa. Torna-se necessário maiores reforços verbais e visuais para que permaneça em atividade até ao fim. Observa-se inclusive alguma lentidão a nível da destreza grafomotora. Contudo, no início da intervenção, apresentava um desenho pobre, com poucos pormenores e pouco investido. Atualmente, os desenhos são mais elaborados, com proporções mais adequadas, melhor organização no espaço e um traço mais controlado. Tendo ainda em conta as tarefas que completou na reavaliação iniciada, verificam-se mesmo melhorias significativas ao nível da precisão e integração da motricidade fina.

Apesar destas evoluções, o D.G. ainda apresenta dificuldades importantes a serem trabalhadas. Verificam-se lacunas na compreensão das instruções de atividades mais complexas que exigem maior disponibilidade de atenção, observando-se assim a não realização de várias atividades devido a este fator. Muitas vezes, dispersa-se com facilidade e realiza as tarefas de modo impulsivo, sem respeitar as regras estipuladas através da instrução. Deste modo, parece que a sua atitude pode prejudicar o seu desempenho em diversas áreas.

Ao longo de toda a intervenção realizada e das tarefas cumpridas relativas à reavaliação, verifica-se que o D.G. é um menino que continua a necessitar de atividades estruturadas, preferencialmente com envolvimento motor, que lhe possibilite trabalhar áreas psicopedagógicas de uma forma mais espontânea e informal. Por outro lado, a vontade em comunicar com o outro, bem como a afetividade, são características do D.G. que devem ser potenciadas a favor da continuidade de uma

evolução positiva. Será ainda importante continuar a estruturar e organizar o D.G. no sentido de melhorar as áreas de atenção, compreensão e de comportamento.

Sugere-se a continuação dos apoios que o ajudem a manter-se estruturado e organizado, o que poderá ser particularmente enriquecido com atividades físicas desportivas que potencializem a melhor coordenação, equilíbrio e agilidade e permitam a socialização com crianças da mesma idade, como a natação e o karaté. Será importante ter em atenção a evolução da situação e reavaliar periodicamente.

Almada, 20 de Maio de 2013

A Psicomotricista estagiária

A Médica responsável

(Márcia Monteiro)

ANEXO XIII:
Sessões do R.D.

Sessão / Data	Atividades	Domínios de desenvolvimento
1 27-02-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Saltos no trampolim com dado (o lançamento define o número de saltos a dar) e registo gráfico no quadro (desenho do dado e do número de bolas – saltos – da face que ficou para cima)*. - Pontapear e lançar bola pequena em direção ao arco previamente colocado no chão. - Com um arco grande passar pelo corpo, mantendo o arco na cintura a roda, o maior tempo possível. - Jogo de correspondência – colocar os arcos com o cone da cor semelhante. - Atividade de relaxamento com bola terapêutica – deitar o corpo sobre a bola e manter a posição enquanto são realizados movimentos de oscilação com a bola. 	<p>Motricidade global e Fina</p> <p>Noção do corpo</p> <p>Cognição</p>
2 06-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Registo no quadro das atividades a desenvolver. - Saltos no trampolim com o dado e registo gráfico no quadro (ver atividade da sessão anterior*) - Circuito: contorno de obstáculos (cones); pegadas (colocar o pé na pegada correspondente); banco sueco; plataformas de esponja (escadas, cilindro, quadrado) e piscina de bolas (passar pela piscina até ao trampolim). - Jogo de basquetebol adaptado, lançando a bola com a mão e o pé em direção a um caixote. - Atividade de Relaxamento – deitar sobre o colchão, contar até 10 enquanto realiza várias respirações. 	<p>Estruturação temporal</p> <p>Motricidade fina</p> <p>Motricidade global</p> <p>Equilíbrio</p>
3 13-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Registo gráfico, no quadro, das atividades a desenvolver. - Circuito de obstáculos: Pegadas (colocar o pé sobre a pegada correspondente); barreiras (passar por baixo sem derrubar); plataformas de esponja; arcos (alternar um pé em cada arco), piscina de bolas; túnel e uma corda. - Percorrer a corda (com passos e ritos distintos – mais rápido/lento, passos grandes, pequenos, para a frente e para trás), enquanto apanha, e devolve, uma bola de futebol. - Jogo de correspondência “tiro ao alvo” – lançar o arco para o cone com cor correspondente, - Atividade de Relaxamento – deitar sobre o colchão, e permitir que a bola passe pelo corpo. 	<p>Estruturação temporal</p> <p>Motricidade fina</p> <p>Motricidade global</p> <p>Equilíbrio</p> <p>Cognição</p> <p>Motricidade fina</p> <p>Noção de corpo</p>
4 20-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> Registo em aquarelas das atividades a realizar. - Saltos no trampolim (saltos com os 2 pés, com um; em tesoura, com as mãos na cabeça, etc), realizando lançamentos com a bola e “fugindo “ do seu remate. - Jogos com bolas volúveis. - Atividade de Relaxamento – Piscina de bolas. 	<p>Estruturação temporal</p> <p>Motricidade fina</p> <p>Motricidade global</p> <p>Equilíbrio</p>
5 27-03-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do gato e do rato (apanhada). - Atividade com o túnel (rodar o corpo, para o túnel se mover, e alcançar diferentes objetos, espalhos previamente pelo espaço). - Cambalhotas e rolamentos sobre um colchão. <p>Retorno à calma</p>	<p>Motricidade global</p> <p>Equilíbrio</p> <p>Motricidade fina</p> <p>Cognição</p>
6 03-04-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Representação gráfica, no quadro, do trabalho a realizar. - Atividade com baloiço (sentado no baloiço suspenso, colocar os sapos de cores diferentes nos arcos das cores correspondentes). - Circuito: piscina de bolas; túnel; trampolim; banco sueco e formas geométricas (colar os pés na figura, ou cor, nomeada pelo técnico). - Puzzle. 	<p>Motricidade Global</p> <p>Estruturação Espacial</p> <p>Motricidade global</p> <p>Cognição</p>

		Motricidade fina
7 10-04-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Registo em desenho das atividades a realizar. - Continuação da atividade em Baloíço (jogo de correspondência dos sapos). - Jogo de associação “tiro ao alvo” (lançar os arcos para os cones correspondentes). - Jogo do crocodilo (colocar duas linhas no chão, desenhando um “riacho”, um elemento fica dentro, assumindo que é um crocodilos, os outros tentam passar a margem sem serem apanhados, realizando diferentes tarefas – andar em bicos de pé, sobre os calcanhares, com mãos na cabeça, andar à caranguejo, etc.) - Atividade de relaxamento - deitar sobre o colchão realizando respirações simples. 	Estruturação temporal Motricidade fina Equilíbrio Motricidade global
8 17-04-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Registo gráfico, no quadro, das atividades a realizar. - Continuação do jogo do crocodilo (ver sessão anterior). - Saltos no trampolim com o dado e registo gráfico no quadro*. - Atividade com cubos (construir torres) e enfiamento de contas. - Retorno à calma: piscina de bolas. 	Estruturação temporal Motricidade fina Motricidade global Equilíbrio Motricidade fina
9 24-04-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Registo gráfico, sobre a forma de desenho, das atividades do dia. - Puzzle. - Atividade musical “Orquestra sinfónica” – experimentar diferentes instrumentos musicais e tentar seguir a melodia de músicas conhecidas. - Jogo com bola- lançamentos e remates “meiinho”. - Jogo do gato e do rato (apanhada). - Atividade de relaxamento – sobre um colchão, contar até dez, realizando respirações simples, e permitindo que a bola terapêutica passe pelo corpo. 	Estruturação temporal Motricidade fina Estruturação rítmica Cognição Motricidade global Equilíbrio
10 08-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito: contorno de obstáculos, bastões e pinos, retirando um arco do bastão; barreiras (passar por cima e por baixo sem derrubar); banco sueco (caminhar para a frente, trás e de lado); plataformas com diferentes texturas, pegadas e cones (lançar o arco para o cone correspondente). - Desenho livre. - Representação, com aquarelas, das atividades realizadas. 	Motricidade global Equilíbrio Estruturação temporal Motricidade fina
11 15-05-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de Raquetes, no chão e em pé. - Repetição da pista de obstáculos da sessão anterior. - Puzzles e legos. - Representação, em desenho, das atividades realizadas. - Retorno à calma - atividade com música. 	Motricidade global Equilíbrio Cognição Estruturação temporal Motricidade fina
12 29-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito sobre a forma de labirinto gigante, com esponjas volúveis, distintos obstáculos e contacto com materiais sensitivos. - Realização de um percurso/labirinto gráfico no quadro. - Atividade de dança com arco grande (rodar o arco sobre diferentes membros e tentar mante-lo a rodar até à música parar). - Jogo de Basquetebol adaptado. - Retorno à calma: representação gráfica, no quadro, das atividades realizadas. 	Estruturação temporal Motricidade global Cognição Estruturação temporal Motricidade fina
13 06-06-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação do circuito da sessão anterior, com introdução de ritmos musicas (percorrer o labirinto ao ritmo de palmas- mais lento/rápido). 	Motricidade global

	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de associação “Tiro ao alvo”, lançar os arcos para os cones correspondentes a diferentes distâncias. - Atividade com cubos (construção de torres e outras figuras); - Enfiamento de contas. - Retorno à calma – realização de respirações simples na piscina de bolas. 	Cognição Estruturação espacial e temporal Motricidade fina
14 13-06-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Puzzle (jogo pedagógico de ordenação e cooperação). - <i>Bowling</i> adaptado – lançar a bola em direção a diferentes cones, com diferentes distâncias, tentando derrubá-los. - Desenho da figura humana. 	Motricidade fina Motricidade global Noção de corpo
16 20-06-2013 (Sessão com pais)	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação do desenho da figura humana, preenchimento. - Jogo do gato e do rato, com a bola terapêutica (apanhada). 	Noção de corpo Motricidade fina Motricidade global Cognição
27-06-2013	Avaliação Psicomotora	-----
10-07-2013	Continuação da Avaliação Psicomotora	-----

ANEXO XIV:
Caderno de Atividades para Pais




R.D.
D.N.: 11-07-2008

Programa de Intervenção







Estrutura Geral Programa	Data do início do Programa: Duração: 4 meses Periodicidade: semanal 45 minutos por sessão –total: 19 <u>Divisão das sessões:</u> 2 Sessões (4 e 11 de Dezembro) – Avaliação Psicomotora 15 Sessões (de 27 de Fevereiro a 13 de Junho) – Intervenção Psicomotora 2 sessões (20 e 27 de Junho): - Avaliação Final
Contexto	Hospitalar
Justificativa	Tendo em conta os resultados obtidos através da avaliação Psicomotora, sugeriu-se que seria benéfico para o R.D. a Intervenção Psicomotora, de forma a continuar a desenvolver positivamente as suas áreas fortes e estimular as áreas identificadas como menos fortes.
Recursos/ Material	Material disponível no CDC.
Instrumentos Avaliação	- BOT 2 e BPM Vítor da Fonseca
Expectativas	Ajudar o R.D. a organizar-se perante os diferentes estímulos/atividades que lhe são apresentados. Potenciar áreas reveladas com maiores dificuldades.
Estratégias	<ul style="list-style-type: none">✓ Estabelecimento de uma relação de confiança entre a criança e técnico;✓ Utilizar sempre a mesma estrutura nas Sessões;✓ Reger e estruturar as sessões partindo sempre de tarefas mais simples para as mais complexas;✓ Complexificar ou simplificar tarefas sempre que necessário, facilitando a sua compreensão;✓ Fornecer <i>feedbacks</i> relativos ao desempenho e incentivar comportamentos positivos durante a concretização das atividades;✓ Maximizar as áreas fortes, recorrendo como estratégia para o desenvolver de áreas menos fortes;✓ Utilizar objetos mediadores da atividade, que estimulem a interação com o outro e com o envolvimento;✓ Corrigir ou ignorar comportamentos indesejados.

Os seguintes exercícios têm como objetivo auxiliar os prestadores de cuidados, na preparação de atividades que constituam meios importantes para o desenvolvimento de determinadas competências. Será importante adaptar os exemplos apresentados, criando novas atividades baseadas nas tarefas abordadas. A prática sistemática das mesmas atividades irá treinar a criança para a realização perfeita dessa mesma atividade, em vez de prepará-la para adquirir competências implícitas na atividade e transferi-las para o seu dia-a-dia. Pretende-se potenciar áreas menos desenvolvidas, favorecendo a motivação e evitando situações de frustração.

Plano de apoio pós-intervenção

Área do Desenvolvimento	Objetivo	Estratégias – Como fazer	Material
(A) Promover a Motricidade fina	✓ Corresponder objetos com características semelhantes.	Agrupar objetos de acordo com as suas cores. Agrupar objetos de acordo com as suas formas. Ex.: “Jogo das diferenças” – procurar as diferenças em desenhos/imagens idênticas;	<ul style="list-style-type: none"> • Arcos e cones; • Figuras geométricas • Folhas/fichas de trabalho • Imagens apelativas • Lápis e canetas
	✓ Enfiar um conjunto de contas num cordel;	Enfiar massas num frasco. Fazer colares e pulseiras com diferentes materiais. Complexificar a tarefa introduzindo várias cores (e.g.) e solicitando pequenas sequências (vermelho, azul, vermelho) durante a tarefa. Nota: Começar por tarefas mais simples e com objetos maiores, reduzindo posteriormente o seu volume e aumentando o grau de complexidade.	<ul style="list-style-type: none"> • 1 Frasco; • Cordão de sapato/fio de lã. • Massas, botões, contas de várias cores e/ou outros materiais atrativos para realizar os colares. 
	✓ Construir uma torre de 10 cubos ou mais.	Realizar construções com legos; Construir torres com objetos de grande volume, envolvendo todo o corpo do Rafael (E.g. esponjas volúveis), progredindo para a utilização de apenas alguns segmentos corporais e de objetos mais pequenos	<ul style="list-style-type: none"> • Cubos; • Legos; • Almofadas e colchões. 
	✓ Construir formas com plasticina;	Completar desenhos/fichas com pormenores em plasticina e plastificar; Construir diferentes coleções de figuras, variando a temática.	<ul style="list-style-type: none"> • Plasticina; • Folhas brancas; • Fichas de trabalho; • Imagens ilustradas; • Plasticina e objetos de moldagem.
	✓ Realizar trabalhos de recorte e colagem;		
	✓ Realizar percursos gráficos picotados e em labirinto.	Folhear livros e revistas (folha por folha); Rasgar papel; Construir um caderno pedagógico pessoal (e.g. Agenda) com matérias reciclados e de texturas/tamanhos distintos Realizar os trabalhos na mesa, chão, lousa, etc. Participar na confeção da comida (mexer panelas, bolos, etc.).	<ul style="list-style-type: none"> • Massas, lãs, rolos de papel, fotos, etc. • Folhas Brancas e fichas de trabalho. • Canetas/lápis coloridos. • Cola, fita-cola e tesoura. <p>Utilizar músicas, contos infantis e outras temáticas para os trabalhos com plasticina, recorte/colagem e labirintos;</p> 
	✓ Colorir uma figura dentro dos limites estabelecidos;		
	✓ Copiar formas geométricas (e.g.: círculo, quadrado);	Colocar um cordel (e.g.) nos limites das figuras a preencher. Nota: Começar por figuras maiores e criativas, progredir para fig. de pequenas dimensões.	<ul style="list-style-type: none"> • Formas geométricas e.g.;
	✓ Desenhar com aguarelas.	Pintar com pinceis, outros materiais (e.g.: rolinhas) e com as mãos. Organizar um dia de exposição dos	<ul style="list-style-type: none"> • Pinceis de diferentes tamanhos (começar pelos maiores).

		trabalhos à família.	
--	--	----------------------	--

<p>(B) Promover a motricidade global</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lançar a bola com uma mão em direção a um alvo de 3m.; ✓ Pontapear a bola em direção a um alvo de 3m.; ✓ Realizar saltos com dois e/ou um pé. ✓ Caminhar sobre uma linha/banco sueco. ✓ Caminhar ao longo de um banco sueco, receber e lançar a bola. ✓ Manter a posição estática em cima de superfícies instáveis. 	<p>Lançar bolas para o adulto/colega. Lançar a bola por cima e por baixo. Tirar várias bolas de um cesto e tornar a encher. Jogar basquete/bowling ou outros jogos desportivo-pedagógicos.</p> <p>Correr com uma bola. Idealizar jogos com tarefas de coordenação de vários e diferentes segmentos corporais (e. g.-jogo do crocodilo, jogo da glória). Organizar dias de gincanas de jogos tradicionais em família (e.g.: jogo da macaca, saltar a corda, o "rei manda").</p> <p>Percorrer passeios de rua. Frequentar parques infantis com diferentes baloiços (permite o reajustar do equilíbrio corporal).</p> <p>Equilibrar objetos na cabeça Jogo da "estátua". Subir e descer degraus.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Colchões; • Bolas; • Marcadores (cesto de basquete); • Cordas; • Giz; • Berlindes; • Colchões; • Esponjas; • Bolas terapêuticas • Baloiços • Bancos; • Bolas; • Sacos de etc. • Colchões; • Almofadas;  
<p>(C) Promover competências cognitivas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ser capaz de identificar diferentes estímulos; ✓ Ser capaz de reduzir a agitação motora (eg.: acalma-se); ✓ Aumentar períodos de atenção e participação nas tarefas. ✓ Construir puzzles; 	<p>Identificar o som de pormenores de uma música (e.g.- buzina, relógio). Discriminar pormenores em imagens com muitos estímulos visuais (<i>Jogo das diferenças</i>).</p> <p>Praticar momentos de pausa e descontração; Respirar e inspirar fundo várias vezes; Soprar balões de sabão; Escutar músicas calmas (de relaxamento).</p> <p>Reduzir tempos das tarefas; Simplificar instruções; Dividir atividades por etapas; Reforçar positivamente o seu empenho.</p> <p>Montar quebra-cabeças simples; peças de encaixe, etc.</p>	 
<p>(D) Estimular o desenvolvimento da linguagem e comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumentar o tempo em diálogo. ✓ Melhorar a capacidade de se expressar verbalmente. 	<p>Desafiar ao relato/descrição verbal, gráfica e dramática de determinada atividade realizada e/ou momentos do dia.</p> <p>Leitura e dramatização de contos/histórias Jogos de mimica.</p>	
<p>(E) Promover o desenvolvimento de competências sociais e adaptativas</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partilhar brinquedos durante a interação com o adulto ✓ Aguardar a sua vez no jogo; ✓ Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras. ✓ Ser capaz de escolher uma entre várias opções. 	<p>Realizar jogos de regras a pares e/ou em grupo. Utilizar o dado para decidir quem joga em primeiro lugar; Delimitar o tempo de cada jogo; Dar pelo menos 2 opções de jogos à escolha da criança.</p>	

ANEXO XV:
Sessões do J.C.

Sessão / Data	Atividades	Domínios de desenvolvimento
1 23-01-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito de obstáculos: pegadas (colocar o pé sobre a pegada correspondente); plataformas de esponja (escadas, cilindro, quadrado); piscina de bolas (passar pela piscina até ao trampolim); trampolim; cones e arcos (acertar com o arco no cone da cor correspondente). - Piscina de bolas. - Desenho: representação do percurso. - Puzzle. 	Motricidade global Estruturação espacial e temporal Motricidade fina Cognição
2 30-01-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo pedagógico: 4 em linha - Percorrer a corda (com passos e ritos distintos – mais rápido/lento, passos grandes, pequenos, para a frente e para trás), enquanto apanha, e devolve, uma bola de futebol. - Desenho com aguarelas. 	Cognição Motricidade global Equilíbrio Motricidade fina
3 06-02-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Puzzle - Jogo do crocodilo colocar (duas linhas no chão, desenhando um “riacho”, um elemento fica dentro, assumindo que é um crocodilo, os outros tentam passar a margem sem serem apanhados, realizando diferentes tarefas – andar em bicos de pé, sobre os calcanhares, com mãos na cabeça, andar à caranguejo, etc.) - Jogo de correspondência “tiro ao alvo” – lançar os arcos para o cone da cor correspondente. - Atividade com o túnel (rodar o corpo, para o túnel se mover, e alcançar diferentes objetos, espalhos pelo espaço). 	Cognição Motricidade global Equilíbrio
4 15-02-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Saltos no trampolim com dado (o lançamento define o número de saltos a dar) e registo gráfico no quadro (desenho do dado e do número de bolas – saltos – da face que ficou para cima). - Plasticina. - Desenho com aguarelas. 	Motricidade global Equilíbrio Motricidade fina
5 20-02-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Puzzles 	Motricidade fina Cognição
6 27-02-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo pedagógico “Apanha os gafanhotos”. - Jogo com bola “mata”. - Pontapear e lançar bola pequena em direção a diferentes alvos e de distintas formas (por cima/baixo, de costas/frente...). 	Cognição Motricidade global
7 06-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Trabalhos de modelagem: realização de uma capa para os trabalhos realizados. 	Motricidade fina Cognição Orientação temporal
8 13-03-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação da atividade de modelagem; realização e preenchimento do calendário do mês de Março. - Jogo pedagógico “Bingo” 	Motricidade fina Cognição
9 03-04-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Realização e Preenchimento do calendário de Abril. - Atividade pedagógica “encontra as diferenças”. - Jogo pedagógico de ordenação e sequências (enfiar contas seguindo uma sequência de números e cores). - Pintura com aguarelas com pinéis, mãos e dedos. 	Estruturação temporal e espacial Motricidade fina Cognição
10 17-04-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo do crocodilo. - Jogo de associação “Tiro ao alvo”, lançar os arcos para os cones correspondentes a diferentes distâncias. - Dominó gigante. 	Motricidade global Cognição
11 24-04-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de raquetes. - Variante do jogo de raquetes no trampolim. - Jogo pedagógico de ordenação e comparação. 	Motricidade global Cognição
12 08-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito de obstáculos: piscina de bolas; túnel; trampolim; banco sueco e formas geométricas (colar os pés na figura, ou cor, nomeada pelo técnico). 	Motricidade global Cognição Motricidade fina

	<ul style="list-style-type: none"> - Dominó. - Desenho com aguarelas. 	
13 15-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Saltos no trampolim com dado e registo gráfico no quadro. - Piscina de bolas (descobrir objetos escondidos). 	Motricidade global Cognição
14 22-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Jogo de raquetes. - Dominó. 	Motricidade global Motricidade fina
15 29-05-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito sobre a forma de labirinto gigante, com esponjas volúveis, distintos obstáculos e contacto com materiais sensitivos. - Jogo de basquetebol adaptado, lançando a bola com a mão e o pé em direção a um caixote. - Jogo de raquetes (em pé e sentado). 	Motricidade global Orientação espacial Cognição
16 06-06-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Circuito sobre a forma de labirinto gigante, com esponjas volúveis, distintos obstáculos e materiais sensitivos. - Jogo de associação "Tiro ao alvo", lançar os arcos para os cones correspondentes a diferentes distâncias. - Pintura com aguarelas, com distintos materiais e segmentos do corpo. 	Estruturação temporal Motricidade global Cognição Motricidade fina
17 11-06-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Desenho e preenchimento do calendário do mês de Junho - Desenho do corpo 	Motricidade fina Orientação temporal Cognição Noção de corpo
18 18-06-2013	<ul style="list-style-type: none"> - Continuação do desenho da figura humana, preenchimento. - Jogo do gato e do rato, com a bola terapêutica (apanhada). 	Motricidade fina Noção do corpo Motricidade global
25-06-2013	- Avaliação Psicomotora	-----
02-07-2013	- Continuação da Avaliação Psicomotora	-----

ANEXO XVI:
Ficha de apoio para pais

FICHA DE APOIO PARA PAIS

Os exercícios que se seguem, têm como objetivo auxiliar os prestadores de cuidados na preparação de atividades que constituam meios importantes para o desenvolvimento de determinadas competências. Será importante adaptar os vários exemplos apresentados, criando novas atividades baseadas nas tarefas abordadas. A prática sistemática das mesmas atividades irá treinar a criança para a realização perfeita dessa mesma atividade, em vez de prepará-la para adquirir competências implícitas na atividade e transferi-las para o seu dia-a-dia, como se pretende.

Área do Desenvolvimento	Objetivo	Estratégias – Como fazer
Motricidade Fina	✓ Realizar uma pega adequada ao instrumento de escrita.	Proporcionar a oportunidade para desenhar e/ou escrever utilizando vários materiais de escrita, auxiliando a pega do instrumento.
	✓ Realizar trabalhos de recorte e colagem.	Folhear livros e revistas (folha por folha); Rasgar papel; Construir um caderno pedagógico pessoal (e.g.: agenda) com matérias reciclados e de texturas/tamanhos distintos. Realizar os trabalhos na mesa, chão, lousa, etc.
	✓ Desenhar figuras geométricas, letras e números.	<i>Nota: Começar por figuras maiores e criativas, progredir para fig. de pequenas dimensões.</i> Incentivar a criança a realizar desenhos que impliquem um tracejado retilíneo e curvilíneo. Desafiar a criança a desenhar traços e figuras semelhantes às desenhadas pelo adulto. Fazer a reprodução de sequências de imagens com figuras geométricos. Desenhar letras e números com diferentes materiais de escrita (e.g.: dedo, caneta, pincel, etc.) e recursos materiais (e.g.: folhas, canetas, lã, massas, etc.).
Motricidade Global	✓ Manter a posição estática em cima de superfícies instáveis.	Percorrer passeios de rua. Frequentar parques infantis com diferentes baloiços (permite o reajustar do equilíbrio corporal). Equilibrar objetos na cabeça Jogo da “estátua”. Subir e descer degraus.
	✓ Realizar saltos com um pé.	Correr com uma bola. Idealizar jogos com tarefas de coordenação de vários e diferentes segmentos corporais (e.g.: jogo do crocodilo, jogo da glória). Organizar dias de gincanas de jogos tradicionais em família (e.g.: jogo da macaca, saltar a corda, o “rei manda”).
	✓ Coordenar alternância entre membros superiores e inferiores;	Pedir que a criança realize determinadas ações em casa, como colocar a mesa ou ir buscar objetos, utilizando o membro de cada vez e alternando-os entre os objetos. <i>Nota: a atividade desse ser proposta como um jogo e não como uma imposição à criança.</i> subir escadas de diferentes maneira – costas, sempre com o pé esquerdo/direito, aos saltos, de lado, etc.) Fazer jogos com a criança que solicitem o uso

		dos dois braços e pernas alternadamente (e.g. jogo do twister).
Cognição	✓ Aumentar períodos de atenção e de participação nas tarefas.	Reduzir tempos das tarefas; Simplificar instruções; Dividir atividades por etapas; Reforçar positivamente o seu empenho.
	✓ Reproduzir sequências de sons, imagens ou gestos.	Realizar jogos de memória com cartas e imagens Realizar atividades que requerem a memorização de sequências (e.g.: seguir a receita de um bolo).
	✓ Identificar diferentes estímulos	Identificar o som de pormenores de uma música (e.g.- buzina, relógio). Discriminar pormenores em imagens com muitos estímulos visuais (<i>Jogo das diferenças</i>).
Auto Regulação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Melhorar a capacidade de se expressar verbalmente. ✓ Ser capaz de reduzir a agitação motora (e.g.: acalma-se). 	<p>Desafiar ao relato/descrição verbal, gráfica e dramática de determinada atividade realizada e/ou momentos do dia.</p> <p>Praticar momentos de pausa e descontração; Respirar e inspirar fundo várias vezes; Soprar balões de sabão; Escutar músicas calmas (de relaxamento).</p>
Competências sociais e adaptativas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Partilhar brinquedos durante a interação com o adulto ✓ Aguardar a sua vez no jogo; ✓ Participar em jogos de cooperação e imaginação cumprindo regras. ✓ Ser capaz de escolher uma entre várias opções. 	<p>Realizar jogos de regras a pares e/ou em grupo. Utilizar o dado para decidir quem joga em primeiro lugar; Delimitar o tempo de cada jogo; Dar pelo menos 2 opções de jogos à escolha da criança.</p>

ANEXO XVII:
Sessões do Grupo

Sessão / Data	Atividades	Domínios de desenvolvimento
1 28-02-2013 (sessão com pais)	- Apresentação do grupo. - Jogos tradicionais (elástico; malha; macaca; jogo do pião).	Interação social Motricidade global e Fina
2 07-03-2013	- Avaliação psicomotora.	-----
3 14-03-2013	- Continuação da avaliação psicomotora.	-----
4 21-03-2013	- Trabalho de modelagem: construção conjunta, com material reciclado, de uma figura de animação “angry births” - Retorno à calma: realização de respirações simples.	Interação social Cognição Motricidade fina
5 28-03-2013	- Circuito de obstáculos: - Atividade de modelagem alusiva à Páscoa: preenchimento de um ovo da Páscoa. - Retorno à calma: realizar respirações simples de olhos fechados, e ao som de uma música.	Interação social Motricidade fina Cognição
6 04-03-2013	- Continuação da atividade de modelagem alusiva à Páscoa. - Leitura e dramatização de um conto infantil “os três porquinhos”. - Atividade de relaxamento: de olhos fechados, permitir que uma bola passe pelo corpo.	Cognição Motricidade fina Interação social
7 11-04-2013 (sessão com pais)	- Idealização e construção do jogo da “glória” (com recurso a materiais reciclados).	Interação social Cognição Motricidade fina
8 18-04-2013 (sessão com pais)	- Continuação da construção conjunta do jogo da glória. - Jogo da glória.	Interação social Cognição Motricidade fina Motricidade global
9 02-05-2013	- Atividades no exterior: Jogo da macaca, “escondidas”, e jogo do crocodilo (colocar duas linhas no chão, desenhando um “riacho”, um elemento fica dentro, assumindo que é um crocodilos, os outros tentam passar a margem sem serem apanhados, realizando diferentes tarefas – andar em bicos de pé, sobre os calcanhares, com mãos na cabeça, andar à caranguejo, etc.)	Interação social Motricidade global Equilíbrio
10 09-05-2013	- Atividades no exterior: Jogo do crocodilo; conduzir a bola com o bastão, jogo da macaca. - Atividade de relaxamento: de olhos fechados, realizar respirações simples e contar até dez.	Interação social Motricidade global
11 16-05-2013	Jogo da estátua com orientação rítmica (através de uma pandeireta). Jogo de orientação a pares (são vendados os olhos a uma criança, que, de mãos dadas, deve seguir as instruções verbais do par). - Jogo de estafetas com bola (trocar a bola aos pares de diferentes formas- para trás, frente, de lado, por cima da cabeça e por baixo das pernas...).	Motricidade global Cognição Estruturação temporal e espacial Interação social

	Retorno à calma: de olhos fechados, ao som de uma música, seguir e realizar instruções dos técnicos (e.g.: estamos na praia, vamos nadar...).	
12 23-05- 2013	- Reavaliação psicomotora.	-----
13 30-05- 2013 (sessão com pais)	- Apresentação do trabalho realizado aos pais e familiares. - Visualização de um filme dos trabalhos realizados. - Atividade de relaxamento: deitados sobre um colchão, pais/familiares devem passar uma bola pelo corpo das crianças e realizar mobilizações articulares simples, seguindo as instruções dos técnicos; posteriormente, trocam as posições- crianças passam a bola e realizam mobilizações simples aos pais/familiares.	Interação social

ANEXO XVIII:
Consentimento livre e informado para gravação de imagens

CONSENTIMENTO INFORMADO
Terapia Psicomotora – Grupo pré-escolar

Por favor, leia com atenção a informação que se segue. Em caso de dúvida, não hesite em solicitar esclarecimentos aos técnicos responsáveis.

No seguimento do acompanhamento do desenvolvimento do seu filho no CDC, considera-se de extrema utilidade a gravação em filme do trabalho a ser desenvolvido nas sessões terapêuticas em grupo de psicomotricidade. Deste modo, pretende-se facilitar a análise e discussão dos comportamentos e a evolução de cada criança em reunião de equipa multidisciplinar.

Para efeitos de investigação, formação, ou com outros fins científicos, poderá vir a ser importante a exibição destas imagens, nomeadamente em congressos da especialidade.

Eu, _____, portador do B.I./C.C. nº _____, na qualidade de _____ (grau de parentesco) **autorizo:**

- a realização do filme para visualização dentro do CDC. **SIM** ☐ **NÃO** ☐

- a eventual visualização das imagens para efeitos de investigação, formação ou com outros fins científicos. **SIM** ☐ **NÃO** ☐

De _____ (nome da criança)
portador do B.I./C.C. nº _____.

Em qualquer uma das vias de publicação ou uso, garante-se o mais estrito anonimato das pessoas envolvidas.

Almada, Fevereiro de 2013

Os Psicomotricistas estagiários

A Psicomotricista responsável

O(A) Responsável da Criança

(Márcia Monteiro, Rafael Muchaxo)

(Dr^a. Joana Carvalho)

(Assinatura)

ANEXO XIX:
Folheto informativo PEA

Estratégias de Atuação

Estimulação da comunicação / linguagem- algumas orientações

- 1. Ensinar a apontar. Ex: quando a criança puxar pela mão do adulto para fazer um pedido, o interlocutor deve pegar na mão dela e modelar o apontar. Assim a criança começa a associar que a forma correta de pedir é apontar com o indicador.
- 2. Verbalizar as ações e a intenção da criança. Ex: quando a criança usar apenas a palavra "carro" deve completar-se a informação - ex. "sim, o carro está a andar".
- 3. Recurso ao suporte visual (fotografias, imagens..) para ajudar à comunicação da criança. Ex: apresentar imagens para comunicar à criança o que vai acontecer ao longo do dia.
- 4. Respeitar o tempo de respostas da criança e não frustrar a sua intenção de comunicar. É importante ter a noção que o tempo de latência das suas respostas está muitas vezes aumentado, pelo que o interlocutor deve saber esperar.

Como comunicar?

- Use frases curtas, simples e directas;
- Limitar uso de metáforas, ironias, sarcasmos e expressões idiomáticas;
- Utilizar sempre os mesmos termos para a mesma instrução;
- Recorrer a gestos e outras pistas visuais (objectos, figuras...);
- Ajudar a criança a melhor expressar os seus sentimentos;

Sugestões para o dia-a-dia:

Envolve a criança com os seus contextos de vida...

- Proporcione ambientes estruturados;
- Estabeleça rotinas que facilitem a sua organização;
- Inclua-a na dinâmica familiar;
- Promova a sua independência ;
- Use agendas e calendários, listas de tarefas e listas de verificação;
- Diga o que espera da criança e definam objetivos juntos;

PARA CONSULTA

Legislação:

<http://dre.pt/pdf1s/2008/01/00400/0015400164.pdf>
<http://dre.pt/pdf1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>

SNIP (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância)
<http://www.dgs.pt/ms/12/default.aspx?id=5525>

FPDA—Federação Portuguesa de Autismo
<http://www.appda-lisboa.org.pt/federacao/autismo.php>

Associação Vencer Autismo
<http://www.vencerautismo.org/>

Direção Geral da Educação
<http://www.dgidec.min-edu.pt/>

Rede de escolas de Referência para o Autismo
http://www.dgidec.min-edu.pt/educacaoespecial/data/ensinoespecial/publ_unidades_autismo.pdf.

Lista de IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) com valência Educativa
<http://www.dreivt.min-edu.pt/ise/07-rede.pdf>

Redes Privadas de Educação Especial
<http://www.dreivt.min-edu.pt/ise/06-rede.pdf>.

Proposta de actividades pedagógicas online:

Actividades para Autismo
<http://actividadesautistas.blogspot.com/>

Recursos
http://www.sensite.co.uk/approach/theme_4.html

Centro de Desenvolvimento da Criança Torrado da Silva
Hospital Garcia de Orta, T
el : 21 273 6660/1 Fax : 21 273 6660
e-mail: cdc.hgo@gmail.com

Centro de Desenvolvimento
da Criança
Torrado da Silva



**Perturbação do
Espectro do Autismo.**



Centro de Desenvolvimento da
Criança Torrado da Silva

2013

AUTISMO

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) descreve-se por um conjunto de sintomas que afetam o desenvolvimento, de carácter único e de manifestações múltiplas.

- Caracteriza-se por 3 grupos comportamentais:



Intervenção no Autismo

Objectivos

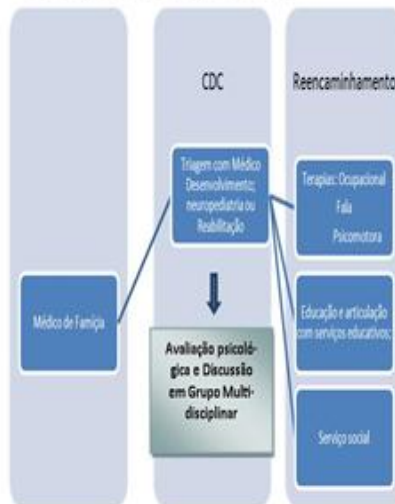
Autonomia
Desempenho
Potencialização de capacidades

Possíveis abordagens

- Médicos; Farmacológicos;
- Terapia ocupacional; Psicomotricidade; Esguoterapia;
- Hidroterapia; Integração sensorial; Terapia da Fala;
- Educação Especial; Intervenção Precoce;
- Outros (dietas alimentares; ingestão de vitaminas; etc.)

O QUE O CDC OFERECE

- Do diagnóstico aos apoios sociais



NO ÂMBITO EDUCATIVO

No âmbito escolar, encontram-se abrangidos pelo Decreto-Lei nº3/2008, de 7 Janeiro, que pressupõe:

- Definição dos apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos setores público, particular e cooperativo visando a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da atividade e da participação num ou vários domínios da escola.

Unidades de ensino estruturado proporcionam um ambiente mais previsível e acessível, onde existe maior disponibilidade para comunicar, interagir, e aprender.



Sistema de Intervenção Precoce na Infância

A Intervenção Precoce destina-se a crianças até à idade escolar (6 anos) que se encontram em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento.

Almeida, Isabel (2004)



ANEXO XX:
Cronograma das atividades 2012/2013 do CDC

Primeira 3ª feira de cada mês – Reunião do Grupo do Autismo
8 Janeiro, 5 Fevereiro, 5 Março, 2 Abril, 7 Maio, 4 Junho

Janeiro	8	STIP
	15	Pedopsiquiatria
	22	Encontro com...Neurofibromatose tipo 1 . Cristina Violante e Maria
	29	Liderança/Gestão de Equipas – Miguel Villa de Freitas
Fevereiro		
	5	Intervenção Precoce Seixal
	12	CARNAVAL
	19	Encontro com....A Criança e o Abuso Sexual
	26	Encontro com...Genetica – Jorge Pinto Basto
Março	5	Intervenção Precoce Almada
	11	Conferencia “O Modelo DIR no Autismo” Dr. Pedro Caldeira
	12	Teses de Mestrado a decorrer no CDC; Carla Santos, Teresa Tiago
	19	ORGANIZAÇÃO e Triagem Pedidos de Consulta – Drª Ana Duarte
	26	PÀSCOA
Abril	2	CERCIZIMBRA
	9	STIP
	16	Discussão de Caso Clínico
	19	ENCONTRO COM Eng. Francisco Godinho (Eng.Reabilitação)
	23	Psicologia
	30	Encontro com...“Estimulação ^{Mae Sandra Almada} Cerebral Profunda” Gonçalves Ferreira
Maio	7	Discussão de Caso Clínico
	14	Intervenção Precoce Seixal
	21	Pedopsiquiatria ✓
	28	Encontro com “ALIENS – O REGRESSO “ Margarida & Margarida
Junho	4	ANIVERSARIO DO CDC – José Fanha “Como incentivar a leitura a crianças”
	11	Intervenção Precoce Almada
	18	Psicologia
	25	Discussão de Caso Clínico “ ^{ATITUDES} ”
Julho	2	Organização para o ano 2012/13
	9	Psicologia
	16	Pedopsiquiatria
	23	Discussão de Caso Clínico “ ^{ESTIMULACAO Cerebral Profunda} ”

Primeira 3ª feira de cada mês – Reunião do Grupo do Autismo
 8 Janeiro, 5 Fevereiro, 5 Março, 2 Abril, 7 Maio, 4 Junho

Programa - Reuniões 2012– 2013

Setembro	4	“Reentrê” – Organização 2012/13
	11	“Autismo” (Filmes) –
	18	“Dislexia” (Filme) –
	25	Reunião Fundação PT –
Outubro	2	Intervenção Precoce Sesimbra
	9	Psicomotricidade
	16	ENCONTRO com... “En-caminhar” Associação Projectos e Recursos de vida - Profª Manuela
	23	Pedopsiquiatria
	30	“My name is Khan” (Filme - Autismo) -
Novembro	6	Psicóloga Sofia Neves - LPCE Casuística – DIETA CETOGENICA – Nelia Ferraria e Pedro Mendes
	13	Intervenção Precoce Seixal
	20	Pedopsiquiatria
	27	Casuística – AVC perinatal e epilepsia – Rita Mateus
Dezembro	4	“20 Anos de Urgencia Pediátrica – Remake”
	11	Intervenção Precoce Almada
	18	Almoço de Natal
	25	NATAL